Г. И. ЦАРЕГОРОДЦЕВ

Диалектический материализм и медицина

Г. И. ЦАРЕГОРОДЦЕВ

ДИАЛЕКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛИЗМ И МЕДИЦИНА

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ, ПЕРЕРАБОТАННОЕ И ДОПОЛНЕННОЕ



ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»
МОСКВА — 1966

УДК 61:100

5—3—1
86—66

ПРЕДИСЛОВИЕ

Философские, методологические вопросы медицины — один из важных и ответственных разделов в методологических проблемах современного естествознания. «В век бурного развития науки еще большую актуальность приобретает разработка философских проблем современного естествознания на основе диалектического материализма как единственно научного метода познания»[1].

В Программе КПСС, решениях июньского Пленума (1963), решениях Всесоюзных совещаний по философским вопросам естествознания (1958), философским вопросам высшей нервной деятельности и психологии (1962), а также в постановлении Президиума Академии наук СССР, посвященном методологическим проблемам естествознания и общественных наук (1963), указаны конкретные задачи по разработке важнейших философских проблем современного естествознания и критике идеалистических и метафизических течений в этой области научных знаний.

Одной из характерных особенностей развития современной медицины является то, что ее прогресс во все возрастающей степени зависит от той методологии, на которую она опирается.

Преодолевая эмпирическую, фактографическую ограниченность, медицина все более восходит к наиболее высоким уровням теоретических, глубоко научных абстракций. Многие результаты и достижения современной медико-биологической науки с трудом могут быть представлены наглядно и часто постигнуть их можно лишь с помощью высокоразвитой абстрагирующей силы интеллекта, на основе использования общефилософских законов и категорий.

Не используя механизм научных абстракций, не опираясь на методологические принципы ленинской теории отражения,

---

[1] Материалы XXII съезда КПСС. Госполитиздат, 1962, стр. 417.

современная физиология, например, была бы не в состоянии сформулировать такое важное для науки положение, как опережающее отражение живыми существами действительности. Опираясь на диалектический принцип материального единства мира и принцип изоморфизма, составной частью которого является положение о количественной общности в функционировании качественно различных процессов и систем, современная наука показала возможность и целесообразность использования кибернетического моделирования в биологии и медицине.

Не давая готовых истин в конкретном исследовании, диалектический материализм в то же время указывает единственно правильный путь научного познания, что является своеобразным идейно-профилактическим средством против мировоззренческих заблуждений и ошибочных толкований фактов.

В развитии современной медицины все чаще наступают такие периоды, когда под влиянием новых экспериментальных и клинических фактов возникает задача пересмотра, уточнения и углубления старых, уже утвердившихся теорий и представлений. В частности, современные данные о биосинтезе белков, расшифровка биологической матрицы, «являющейся фиксированными сигналами информации, полученными в результате отражения организмом воздействий окружающей среды» (И. П. Баландин), познание механизма воспроизведения типичного инфекционного процесса нуклеиновыми кислотами, выделяемыми из вируса, и т. д. требуют уточнения прежних представлений о механизме образования антител, о природе и сущности инфекционного процесса и т. п. В подобные переломные периоды развития науки задача философии состоит в том, чтобы вскрыть объективную логику вновь полученных фактов, проанализировать логическую структуру создаваемой новой теории и содержание используемых этой теорией важнейших понятий, исходных методологических предпосылок и др.

Возрастание роли марксистско-ленинской философии в развитии науки обусловлено и необходимостью усиления борьбы с враждебной нам идеологией. В силу своей специфики медицина постоянно находится в эпицентре идеологической борьбы материализма и идеализма, диалектики и метафизики.

В настоящее время мировой язык медицины звучит не только научно, но и политически. Не случайно Гандерсон совсем недавно в своей речи по поводу вступления в должность президента Американского медицинского общества недвусмысленно заявил: «Все более признается, что медицина с ее ресурсами и средствами воздействия, если полностью их мобилизовать, может сделать... больше, чем миллиарды долларов, вложенные в вооружение.

...Наступило время, когда выдающиеся деятели медицины могут быть привлечены к повышению эффективности методов политической дипломатии».

«Повышая эффективность методов политической дипломатии», генетик Дарлингтон, например, пытается, как он заявляет, в противоположность экономическому детерминизму К. Маркса создать концепцию генетического детерминизма, согласно которой социальная структура общества, наличие антагонистических классов и т. д. якобы обусловлены не социально-экономическими условиями капитализма, а различием в наследственном фонде людей.

В свою очередь правое крыло последователей Г. Селье делает попытку сформулировать понятие социального, этического, эстетического, коммерческого и психологического стресса, т. е. механически переносит закономерности стрессорной реакции на объяснение социальных явлений. Подобная концепция «социального сельизма» экономическую неуверенность, страх перед завтрашним днем в условиях империализма и др. объясняет не пороками отживающего свой век строя, а всего-навсего... расстройством эндокринной системы человека. Так нередко фальсифицируются крупные достижения медико-биологической науки для обоснования идеологии антикоммунизма, для оправдания системы эксплуатации и насилия. А сколько клеветы, вымысла и лжи буржуазные идеологи направляют в адрес советской медицины и ее отдельных выдающихся представителей. Например, Хорелли Гент, директор лаборатории имени Павлова в Балтиморском университете, кстати, несколько лет работавший в Колтушах под руководством И. П. Павлова, в недавно опубликованной им статье «Перспективы прошлого» возводит непомерную клевету на святое для мировой науки имя И. П. Павлова.

И. П. Павлов, учение которого является одним из важнейших естественнонаучных обоснований диалектико-материалистической философии, по словам Гента, якобы всю жизнь находился в состоянии крестового похода против марксизма.

Будучи не в состоянии не считаться со все более возрастающим влиянием материалистического учения И. П. Павлова, буржуазные идеологи стремятся «низвести на нет» это влияние путем отождествления учения И. П. Павлова с фрейдизмом, психосоматикой, бихевиоризмом, этологией и др.

Исходя из сказанного выше, в настоящей монографии мы сделали попытку дать позитивную разработку некоторых методологических проблем медико-биологической науки, с одной стороны, и подвергнуть критике методологические основы, вскрыть социальные и гносеологические корни наиболее распространенных в зарубежной медицине идеалистических и метафизических течений — с другой.

Основной темой, которую мы пытаемся обосновать, является методологическая сторона проблемы нормы, здоровья и болезни человека. Все содержание книги в конечном счете подчинено указанному методологическому аспекту данной проблемы. В частности, с этой точки зрения мы анализируем взаимоотношение физиологического и патологического, нормы и патологии, соотношение внешнего и внутреннего, раздражителя и живого реагирующего субстрата, местного и общего, специфического и неспецифического, биологического и социального, физиологического и психического в патологии и т. д. Даже критика философских основ фрейдизма, психосоматики, психобиологии, кондиционализма, антинозологизма, так называемой социальной экологии и т. д. в конечном счете подчинена защите материалистических принципов в учении о здоровье и болезни человека.

Все это в конечном счете обусловлено тем, что проблема здоровья и болезни человека является своеобразным фокусом идеологической борьбы в медицине всех эпох, в том числе и в современной медицине.

В ожесточенной борьбе двух социально-экономических систем — социализма и капитализма — чаша весов мировой истории склонится на сторону той системы, которая наряду с материальными благами и гражданскими правами предоста-

вит человеку все необходимые условия для полноценного физического и духовного развития. Гуманнейшей мечте человека о том, чтобы сделать свою жизнь максимально длительной и предельно здоровой, суждено было «приземлиться», получить реальное воплощение лишь в условиях социализма. Нам кажется, что и уровень благосостояния трудящихся нужно определять не только размером заработной платы, количеством получаемых материальных и духовных благ, но и потенциалом их здоровья. В самом деле, разве рост средней продолжительности жизни советских людей до 70 лет, резкое снижение детской смертности, укрепление физического и психического здоровья людей и т. д. не являются наиболее осязаемым показателем уровня благосостояния трудящихся. Состояние здоровья широких масс населения — это наиболее чувствительный индикатор их уровня благосостояния. Не случайно буржуазные социологи и социал-гигиенисты «угрозу» основам империалистического строя все чаще начинают видеть в том, что социализм предоставляет человеку максимальные условия для укрепления и расцвета его здоровья.

Оздоровление трудящихся в условиях социализма не ограничивается и не исчерпывается специфически медицинскими и лечебными мероприятиями. В настоящее время происходит возрастание роли и удельного веса так называемых неспецифических, широких социально-оздоровительных, социально-гигиенических мероприятий (подъем уровня благосостояния, рост национального дохода, общественных фондов потребления и т. д.). Образно говоря, медицина будущего, медицина коммунистического общества будет не столько «капельной», «порошковой» и «скальпельной», сколько социально-гигиенической в самом широком и гуманном смысле слова. Вот почему в данной монографии отводится большое место анализу социальных проблем медицины (в позитивном и критическом плане).

Опираясь на коллективный опыт медиков, биологов и философов в области изучения и разработки методологических проблем медико-биологических наук, мы стремились раскрыть органическое, интимное единство марксистско-ленинской философии и медицины.

В процессе работы над вторым изданием книги мы учли и использовали те ценные критические замечания и предложения, которые были сделаны в опубликованных рецензиях и при обсуждении этой монографии в Институте философии Академии наук СССР, медицинских вузах и научно-исследовательских институтах АМН СССР.

Кроме доработки ряда глав и разделов, имеющихся в первом и втором издании книги, во второе ее издание включены новые главы и параграфы: «Методологические вопросы медико-биологической науки в свете проблемы материи и движения», «Методологические вопросы медицины в свете проблемы материи и сознания», «Методологические вопросы медицины в свете теории познания диалектического материализма», «Специфическое и неспецифическое в биологии и медицине», «Социальные проблемы медицинской генетики».

Критика идеалистических и метафизических теорий и направлений в зарубежной биологии и медицине дополнена специальным разделом «Социальная экология как современная разновидность социал-дарвинизма». Значительно расширен раздел «Норма, здоровье и болезнь в свете законов и категорий диалектического материализма» и др.

Критические замечания, советы и пожелания просим направлять по адресу: Москва Ж-240, ул. Солянка, дом № 14, Академия медицинских наук СССР, кафедра философии, Г. И. Царегородцеву.

Автор

ГЛАВА I

ВЗАИМООТНОШЕНИЕ ДОМАРКСИСТСКОЙ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ

§ 1. Борьба материализма и идеализма, стихийной диалектики и метафизики в медицине зарубежных стран

Философия и медицина находятся в тесной, неразрывной (логической и генетической) связи. Уже в период своего зарождения медицинские понятия зависели от общего взгляда людей на окружающую действительность, от их мировоззрения. Стихийно-материалистический взгляд на окружающее порождал аналогичные представления о характере заболеваний. В частности, анимистический (от латинского слова anima — душа) взгляд, одухотворяющий силы природы, вел к подобным же представлениям на сущность человеческих болезней. Если в тяжелой борьбе с природой люди одухотворяли ее враждебные силы, то и сущность болезни выглядела для них неким духом, существом, так или иначе персонализированным злом. С другой стороны, стихийно-материалистическое воззрение на окружающий мир определяло и соответствующие представления о причинах и внутреннем содержании болезней. Это и естественно, так как медицина развивалась не в стороне от общего потока развития человеческой культуры.

Истоки медицинских знаний уходят в практическую деятельность людей. Суровая необходимость борьбы со всевозможными человеческими недугами требовала определенных медицинских средств, облегчающих состояние больного, возвращающих его к трудовой деятельности. Накапливаемые эмпирическим путем медицинские знания всегда принимали соответствующую данному историческому уровню мировоззренческую и идеологическую окраску.

Древнегреческий историк Геродот говорил, например, что у древних вавилонян и египтян в самом начале не было специальной категории людей, занимающихся лечением. Местом лечения больных служили большие дороги, площади, базары и т. п., где проходящие люди давали больным всевозможные советы, основанные на личном опыте лечения. Это лечение в конечном счете зависело от общего взгляда людей на окружающее, от их мировоззрения. Болезни, возникновение которых нельзя было объяснить естественными причинами, представлялись как божественное наказание за прежние грехи.

Результатом широко распространенных в древнюю эпоху анимистических взглядов людей было возникновение онтологического (от греческого слова ontos — сущее) представления на характер заболеваний. Согласно подобному представлению, болезнь рассматривалась как следствие проникновения в организм злого духа. При таком взгляде на болезнь лечение ограничивалось всевозможными молитвами, заклинаниями и заговорами, якобы способствующими изгнанию из тела злого духа. «Теперь мы видим..., какими запуганными и враждебными глазами первобытный человек мог смотреть на болезнь. Для него она была роковым знаком, который имел только одно толкование: несознательно или сознательно он подумал или совершил что-то, что соответствует преступлению, оскорбляющему величие богов. Ему наслана болезнь, т. е. наказание, которое заставит его после этого осознать свою вину. Эта кара свидетельствовала о гневе оскорбленных богов, равно как и о том, что это было делом их рук. Больной мог сердиться на них за их суровость, но все же он ничуть не сомневался в своей виновности»[1].

Религиозно-мистический взгляд на болезнь обусловливал и особый характер отношения членов рода и племени к больному. Часто больного рассматривали как покинутого богом, предоставленному самому себе и т. д.

С возникновением эксплуататорского общества с его официальной идеалистической философией анимистические, онтологические и тому подобные представления о болезни находят широкую поддержку со стороны идеологов господствующих классов и закрепляются в науке и философии.

На протяжении всей истории человеческого общества идеалистическая философия оказывала тормозящее влияние на развитие естествознания и медицины. Но было бы неправильно на основании этого не видеть отдельных плодотворных мыслей, высказанных некоторыми представителями идеали-

---

[1] K. Laurin. Le malade aux temps anciens. L'Union Médicale du Canada, 1957, v. 86, № 2.

стической философии. Например, крупнейший представитель объективного идеализма древнегреческий философ Платон в своем произведении «Республика» высказывал мысль о зависимости здоровья людей от их образа жизни. «Если не изменить образа жизни, то человеку не помогут ни лекарства, ни прижигания, ни нашептывания, ни амулеты». Здесь же он говорил, что слишком частое лечение может осложнить и отяготить болезнь.

Безусловно, и в древний период развивающаяся медицина носила в основном стихийно-материалистический характер. Своеобразным идейным ментором медицины на протяжении всей истории ее развития является материализм в своих разнообразных формах. В частности, уже в древнекитайской медицине ярко выражены стихийно-материалистические воззрения на важнейшие проявления жизни. Исходя из натурфилософского учения о первоэлементах, древние китайские медики здоровье и болезнь объясняли сочетанием данных первоэлементов в организме.

На основе философского учения о взаимодействии активного, мужского, начала — янь, и пассивного, женского, — инь медики пытались объяснить здоровье и болезнь человека как явления, находящиеся в процессе развития, во взаимодействии и взаимопереходах.

В Древней Индии под влиянием материализма философии веданты (VI век до н. э.) также возникло стихийно-материалистическое воззрение на сущность болезней. В ведантийской философии болезнь рассматривалась как следствие нарушения образа жизни человека в результате климатических изменений, нарушения питания, физических и психических расстройств и т. д. Исходя из натурфилософских, стихийно-материалистических воззрений на мир, древнеиндийские медики рассматривали болезнь как результат резкого количественного и качественного изменения в соотношении соков, аналогичных пяти природным стихиям: земле, воде, воздуху, огню и эфиру. Болезненное состояние, по их мнению, предполагает наряду с материальными изменениями определенные сдвиги в психике человека. Начало болезни, как правило, своими корнями уходит в психику человека — печаль, тоска, гнев и т. п. Исходя из представления о болезни как о нарушении физического и психического равновесия, врачи-веданты разработали комплекс процедур, якобы возвращающих организм в доболезненное состояние равновесия — очистительные, потоотделительные, отхаркивающие и другие процедуры.

Таким образом, исходя из материалистического взгляда на генезис болезни, врачи-веданты разрабатывали комплекс естественных мер воздействия на болезнь.

В античном обществе на хорошо разработанной философской почве выросли гуморальная (от латинского слова humor — жидкость) и солидарная (от латинского слова solidus— плотный) теории. Философским фундаментом гуморального направления в медицине является учение представителей милетской школы (Фалес, Анаксимандр, Анаксимен, VI—V век до н. э.). Учение милетцев находит отклик, как бы повторяется в конкретных медицинских представлениях гуморалистов. Философской же основой солидарного направления в медицине является атомистическое учение Левкиппа, Демокрита (V век до н. э.) и их последователей — Эпикура и Лукреция Кара. Последний, в частности, оказал весьма ощутимое влияние на теоретические воззрения Асклепиада, на всю школу методистов. Не случайно взгляды Асклепиада получили обобщенное название эпикурейской теории о форме атомов и их движении, о сжатии и расслаблении так называемых пор как основе жизнедеятельности организма.

Одним из достижений атомистов является то, что они душевное и материальное начало в организме рассматривали как неразрывно связанное и взаимообусловливаемое. «Душа и тело существуют в неразрывном единстве, исчезает одно вместе с другим. Вместе с телом родится душа... вместе растет и под бременем старости же гибнет»[1].

Необходимо отметить, что как милетская школа хронологически предшествовала атомистической, так и гуморальное направление в медицине предшествовало солидарному. И это не случайно, так как идейной, питательной основой гуморализма было ранее возникшее космологическое учение милетской школы, а идейной базой солидарного направления явилось более позднее по времени возникновения атомистическое учение.

Кроме того, хронологически более позднее возникновение солидарной гипотезы заболеваний обусловлено еще и специфическими законами познания. Процесс исторического и логического познания обычно идет от внешнего к внутреннему, от непосредственно видимого к скрытому, от явления к сущности. «Так как изменения, претерпеваемые в болезнях жидкими выделениями, должны были бросаться в глаза раньше, чем болезненные изменения в тканях, то гуморальная патология... должна была предшествовать солидарной» (Литтров).

Нужно отметить, что уже в период становления первоначальных медицинских теорий связь философии и медицины нередко осуществлялась на вполне осознанной основе. Так, например, Гиппократ (VI—V век до н. э.) видел их необходимое взаимодействие.

---

[1] Лукреций Тит Кар. О природе вещей. Кн. III. М., 1876, стр. 458—459.

Как Фалес первоматерией, первоначалом природы считал воду, так и Гиппократ первоосновой живого организма считал жидкость. Вода как первоначало природы в живом организме, по мнению Гиппократа, существует в четырех формах: кровь, слизь, желтая желчь и черная желчь. От того или иного количественного и качественного соотношения важнейших жидкостей зависит здоровье и болезнь организма. Нормальный состав жидкостей и их пропорциональное соотношение — краза — являются основой здоровья. Неправильное же смешение жидкостей, нарушение пропорции в их соотношении — дискразия — являются причинами болезней организма.

Мысль о необходимости тесного взаимодействия философии и медицины очень хорошо выражена в следующих словах Гиппократа: «Философия должна быть внедрена в медицину и медицина в философию, ибо все свойства философии сохраняют свое значение в медицине». В De habitu decenti Гиппократ говорил: «Медицина столь же мало может обходиться без общих истин философии, сколь последняя — без доставляемых ей медицинских фактов».

В учении Гиппократа о месте и роли physis человека нужно видеть не уступку телеологии, как это делают некоторые его комментаторы, а выражение стихийно-диалектической мысли о целостности организма. В этой связи нельзя не подчеркнуть различия взглядов Гиппократа и Галена на роль physis человека. В отличие от Гиппократа Гален рассматривал physis человека с позиций идеализма, витализма и телеологии. Physis, по Галену, — это внепространственное и нематериальное начало, предопределяющее функционирование всех систем и органов живого организма.

Свое отношение к так называемой религиозной медицине Гиппократ выразил в одном из своих высказываний: «Все болезненные причины, даже так называемые божественные, естественны... Каждая болезнь имеет свою естественную причину, и все совершается только сообразно с природой».

«За то, что он (Гиппократ.— *Г. Ц.*) вывел медицину из храмов и вырвал больного из рук жрецов Эскулапа, его вполне заслуженно назвали отцом медицины. С его приходом в царстве болезни начинает править разум»[1].

Интересной с философской и медицинской точки зрения является попытка Гиппократа разделить все причины болезни, заключенные во внешней среде, на две категории: общие причины, действующие на всех без исключения людей (вредные влияния воздуха, почвы, воды и т. д.), и личные (единичные) — индивидуальные условия жизни, труда, питания, отдыха и т. д.

[1] K. Laurin. Le malade aux temps anciens. L'Union Médicale du Canada, 1957, v. 86, № 2.

Плодотворная идея представителей милетской школы о наличии так называемой первоосновы, первоматерии, являющаяся стихийно-материалистическим выражением мысли о единстве окружающего мира, была положена в основу ряда медицинских теорий. Сохраняющееся жизненное начало Гиппократа, обусловливающее жизнь здорового и больного организма, явилось одним из первых приложений философских воззрений милетской школы к специфическим явлениям жизнедеятельности организма, которые являются предметом изучения медицины.

Подобная «первооснова жизни» как специфическое проявление первоматерии милетцев была воплощена в «Pneuma» в учении стоиков. «Pneuma» римского врача Атенея представляла особое эфирно-материальное начало, аналогичное основным материальным первоначалам милетцев.

Наряду с гуморальным направлением, защищаемым представителями косской школы, в древнегреческой медицине существовало и солидарное направление (книдская школа). Основоположником солидарной гипотезы происхождения заболеваний является римский ученый Асклепиад. Разумеется, было бы неправильно считать единственной причиной возникновения солидарного направления в медицине существующее в то время атомистическое учение Левкиппа — Демокрита и др. Атомизм был одной из теоретических (философских) предпосылок возникновения солидарной гипотезы происхождения болезней. Существенной предпосылкой возникновения солидарного направления в медицине явился рост позитивных анатомических знаний, накопленных трудами китайских, александрийских, греческих и римских ученых. Односторонность гуморального направления вызывала возражения у многих врачей и философов того времени. Например, против односторонности гуморальной гипотезы высказывался Эразистрат.

С точки зрения солидарной теории живой организм состоит из четырех плотных веществ. Этим веществам в полном согласии с учением Левкиппа, Демокрита, Эпикура приписывалась атомистическая структура. Солидарную гипотезу происхождения заболеваний без преувеличения можно назвать специфическим проявлением атомизма в медицине.

Согласно этому воззрению, человеческое тело состоит из бесчисленного количества атомов и образующихся между ними «пор». Нормальное или патологическое состояние организма определяется соотношением атомов и «пор», объемом (шириной или узостью) «пор». Уклонение объема «пор» от обычного, нормального состояния в сторону сужения (status staretus) или в сторону расширения (status laxus) — важнейшая причина патологических состояний.

Соответственно этому наивно-материалистическому взгляду на этиологию заболеваний была разработана адекватная методика лечения. При помощи различных средств врачи пытались вызвать нужное сокращение или расширение «пор», якобы явившееся основной причиной заболевания организма.

Было бы совершенно неправильно предавать забвению и окрашивать всевозможными эпитетами (вроде «бесплодное натурфилософствование» и т. д.) первоначальные медицинские учения на том основании, что сейчас они не представляют для медицины непосредственной пользы. Оценка данных учений должна вестись с диалектико-материалистических, исторических позиций. В этой связи нельзя не вспомнить известных положений К. Маркса и В. И. Ленина. К. Маркс, иронизируя в адрес тех, кто пренебрежительно отзывался об ученых прошлых эпох и их теориях, говорил, что и карлик, поднявшись на плечи великана, увидит больше и дальше, чем данный великан в свое время. В. И. Ленин в свою очередь указывал, что достижения прошлого нужно оценивать не по тому, чего в них нет по сравнению с настоящим, а по тому, что в них есть нового, ценного по сравнению с современными им достижениями.

Правильная марксистско-ленинская постановка вопроса об истинной ценности исторических учений помогает нам лучше понять общественный характер научного прогресса. Марксистско-ленинская методология исторического исследования является сейчас достоянием всех конкретных наук, в том числе и медицины.

«Бросая ретроспективный взгляд на историю развития человеческой мысли, мы видим вдали, в сумерках столетий неотчетливые тени древних. В перспективе времени они нам кажутся малыми, но не от того ли мы выглядим крупнее, что на основе прогресса всей общественной жизни поднялись на их плечи»[1].

Как гуморальное, так и солидарное направление имели в свое время большое прогрессивное значение. Более того, прогрессивное влияние названных учений не ограничивается временем жизни основоположников этих направлений. Плодотворное влияние данных материалистических по своему существу учений чувствовалось на протяжении многих столетий. Материалистические идеи гуморализма и солидаризма соответственно уровню развития общества, естествознания и медицины воплощались на протяжении многих веков то в одну, то в другую теорию (гуморалистическая теория болезней К. Рокитанского и неогуморализм концепции «стресс»

---

[1] В. Г. Вогралик. Об основных руководящих положениях современной практической медицины. Ставрополь, 1946, стр. 3.

Г. Селье, целлюлярная патология Р. Вирхова и современная молекулярная патология и т. п.).

Значение гуморального и солидарного направлений в медицине заключается еще и в том, что они подорвали монополию жрецов в области медицины и вывели ее из непроницаемого мрака суеверий. Представители этих направлений заложили первые кирпичи в опытный фундамент создаваемой материалистической медицины.

В тот период, когда философия представляла собой по существу единую универсальную науку, включающую все конкретные знания, явившиеся в последующем основой самостоятельных наук, ее влияние на истолкование тех или иных фактов и знаний было практически неограниченным. Зарождающаяся медицина фактически была своеобразной иатрофилософией, натурфилософской медициной. От решения основного вопроса философии, его онтологической и гносеологической стороны во многом зависело решение тех или иных конкретных проблем медицины. Уже в начале своего возникновения медицина испытывала непосредственное влияние философии. В частности, эмпирическая философия Пиррона, абсолютизировавшая роль чувственных показаний и игнорирующая значение абстрактно-теоретического мышления, послужила одним из важнейших гносеологических источников медицинского эмпиризма. Это особенно наглядно видно на примере эмпиризма Филина (IV—III век до н. э.), современника Пиррона.

Возвеличив роль чувственного опыта в ущерб теоретико-логическому познанию, Филин пришел к полному отрицанию основных теоретических принципов гиппократовой терапии — о содержании болезни, ее этиологии и т. д.

Диагностическая и лечебная истина была заключена им и его последователями в узкие рамки субъективного, созерцательного опыта врача. Отрицание теоретического мышления логически вело к отрицанию общего, закономерного в возникновении, течении, исходе и лечении болезней и к переоценке роли «счастливых», случайных наблюдений за течением патологических процессов у отдельных больных. Подобный мировоззренческий взгляд и неправильное представление о процессе познания конкретизировались в методах случайного нахождения истины путем многочисленных «проб и ошибок». В свою очередь ползучий эмпиризм этого метода приводил к неверной общетеоретической оценке медицины. Эмпирики видели в медицине не науку, а лишь искусство, владение которым зависит только от личных качеств врача-наблюдателя.

Убеждаясь в крайности и односторонности своего метода познания, некоторые эмпирики опирались на так называемые гипотипозы, представляющие собой нечто среднее в массе чувственно наблюдаемых симптомов заболеваний. В этом случае

они приходили к сугубо номиналистическому (от латинского слова nomen — имя, название) определению болезни. Другими словами, болезнь стала рассматриваться как некое общее наименование единичных заболеваний. Реально существуют лишь отдельные болезни со специфическими симптомами, а общее понятие болезни как нозологической единицы — это якобы продукт только автономной деятельности мышления, не отражающей объективно общих, закономерно необходимых, реально существующих свойств и качеств. Так, медицинский эмпиризм слился с философским номинализмом, с его важнейшим тезисом — «общие понятия суть имена, вещи существуют раньше общих понятий».

Следует подчеркнуть, что как медицинский эмпиризм, так и философский номинализм были выражением стихийно-материалистической тенденции, так как они исходили из признания первичности вещей и производности «гипотипоз» и «ноуменов», т. е. понятий. В «Святом семействе» К. Маркс говорил, что номинализм является «первым выражением материализма» в средние века. Но эмпирическая ограниченность номинализма не позволила ему увидеть, что, например, общее понятие «болезнь» отражает реальные свойства и качества единичных заболеваний.

Немалую дань эмпиризму отдал знаменитый врач Корнелий Цельз (I в. до н. э. и I в. н. э.). «Лучше не знать, — говорил Цельз, — каким образом происходит пищеварение, а знать, какой род пищи удобоваримее...». Эмпиризм, основывающийся на описании и познании фактов в их внешних проявлениях, игнорирующий внутреннюю основу этих фактов, как правило, ведет к агностицизму. Не случайно Цельз провозглашал, что уделом медицины является то, что она может лишь «подавать надежду» на выздоровление и «обещать» его, но не может гарантировать выздоровления, так как не знает и не может знать внутренней сущности болезни. Эмпирическая наблюдательность, доведенная Цельзом до высшей степени совершенства, позволила ему сделать весьма глубокую классификацию симптомов заболеваний. Прежде всего он обращал внимание на симптомы — предвестники, характеризующиеся потерей сил, увеличением или уменьшением веса тела и т. д. Далее выделялись симптомы, свидетельствующие о наличии заболевания в текущий момент. И, наконец, выделялись симптомы-предсказатели, симптомы прогностического назначения, говорящие о характере исхода данной болезни. Подобная классификация симптомов как внешних проявлений той или иной сущности болезни логически вела к мысли, что болезнь — это динамический, закономерно изменяющийся процесс, что изменение симптоматики отражает изменение ее глубинных течений.

Большое влияние на естествознание и медицину своего времени оказали философские взгляды Платона и Аристотеля. Какие же стороны философии Платона (427—347 гг. до н. э.) оказали наиболее ощутимое влияние на современную ему медицину? Взгляды Платона на медицину наиболее полно выражены в его «Тимее» (О природе). В своих философских трактатах, цитируемых большинством врачей древности и эпохи средневековья, Платон высказывает ряд положений о жизнедеятельности человеческого организма. В частности, рассматривая голову местом пребывания души, он наделяет душу своеобразными рабочими органами — органами чувств, важнейшим из которых являются глаза как ценнейший божественный дар.

Эмбриологические воззрения Платона были по существу облечены в наряд преформизма. Физиологическая основа процессов зачатия и рождения, будучи божественной, является в то же время бессмертной и неизменной.

В своих медицинских воззрениях Платон исходил из ведущей, доминирующей роли так называемого жизненного духа, который обусловливает жизнь во всех ее состояниях (здоровье и болезнь). Подразделяя причины болезней человека на отдаленные и непосредственные, первые он ставит в прямую зависимость от нарушения взаимоотношения между душой и телом. Особенно благоприятствует возникновению заболеваний такое положение, когда сильная душа вынуждена обитать в слабом теле или наоборот. Рассматривая болезнь как некое автономное начало, порождаемое не столько особенностями и состоянием телесной (материальной) жизни организма, сколько воздействием целенаправляющего, телеологического принципа, Платон считал, что жизнь состоит в постоянном «взаимодействии тела и духа, который управляет и пользуется материей для осуществления своих вечных целей. Согласно этой доктрине, болезни, постигающие неизменную материю, стесняют свободу духа, который поэтому употребляет всяческие усилия для того, чтобы изгнать болезнь, каковая борьба и выражается в симптомах болезни»[1].

«Идеалистической этиологии» заболеваний Платона соответствует подобная же терапия. Лечебно-терапевтические процедуры, по Платону, должны воздействовать на имманентные, духовные силы организма, которые обусловливают здоровое состояние человека.

В идеалистических по своей сущности рассуждениях Платона о наличии в больном организме скрытого стремления к выздоровлению, о необходимости угнетать болезнетворные

---

[1] С. Конновер. Очерки истории медицины. В. III. Университетские известия, 1887, № 4, стр. 20.

наклонности организма и поощрять жизнетворящее начало содержится рациональная, стихийно-диалектическая мысль о противоречивости развития живых организмов. Это положение Платона перекликается с ценным высказыванием Гиппократа о наличии в организме целебных сил, на которые должен опираться врач в своей деятельности.

Не лишены интереса и высказывания Платона о соотношении внутреннего и внешнего, части и целого в патологии. Рассматривая непосредственные причины заболеваний, Платон часто говорил о роли пресыщения, избытка в питании, в половой жизни и т. д. как о факторах, способствующих возникновению болезней. Но в этой связи он говорил, что внешние факторы при отсутствии внутреннего предрасположения организма не могут породить болезнь. Правда, во взаимодействии внутреннего и внешнего как необходимых предпосылок болезни акцент делался на внутреннем, зависимом от деятельности души.

Рассматривая причины лечебных неудач эллинских врачей, Платон указывает на незнание ими состояния организма в целом, на переоценку роли местного в возникновении и течении болезней. Правда, состояние организма в целом, по мнению Платона, определяется не действием какого-либо материально-координирующего начала, а воздействием души. Поэтому платоновский принцип: «Нельзя лечить часть без целого, тело без души», является диалектическим по своей форме и идеалистическим по содержанию.

Необходимо иметь в виду, что в основном философия Платона оказывала и оказывает реакционное, антинаучное влияние. Сферой влияния философии Платона являются преимущественно различные идеалистические направления в медицине. В новое время идеалистические взгляды Платона были воспроизведены Лейбницом в так называемой гармонической гипотезе, по которой «тело всегда выполняет требования души, а душа всегда знает о состоянии тела». В XIX веке к платоновскому «Тимею» обращается И. Мюллер, обосновывающий свой идеалистический «закон» специфической энергии органов чувств ссылками на взаимоотношение внутреннего света, заложенного в глазу, с внешним. В положениях Мюллера о врожденности идеи цвета, света и темноты, способных проявляться без воздействия внешних раздражителей, также нельзя не видеть влияния платоновского учения о вещах как порождениях идей («видов»), о предметах как бледных отображениях идей.

Современные психосоматики также опираются на гносеологию Платона. Например, Вейс и Инглищ в своей монографии «Psychosomatie medicine» (Philadelphia — London, 1949) соотношение психики и сомы рассматривают в соответствии с

учением Платона, изображая сому как материальное средство для проявления души. Более того, их монография открывается эпиграфом Платона: «Величайшая ошибка наших дней — это то, что врачи отделяют душу от тела».

Современные психосоматики, ссылаясь на Платона, не воспроизводят всей его концепции, где отчетливо выражена мысль о первичности духовного начала в жизненных отправлениях организма. Они цитируют лишь те места, где этот вопрос обходится, где внимание обращается на взаимодействие души и тела. К таковым относится следующее высказывание Платона: «Как нельзя приступить к лечению глаза, не думая о голове, или лечить человека, не думая о всем организме, так же нельзя лечить тело, не леча душу, или лечить душу, не воздействуя на тело».

Как и Платон, Аристотель (384—322 гг. до н. э.) большое внимание уделял вопросам биологии и медицины. В произведениях Аристотеля содержится ряд высказываний, касающихся непосредственно медицины. Он был в курсе основных достижений современной ему медицины. Некоторые биографы Аристотеля и историки медицины считают, что Аристотель незначительное время работал в качестве врача в Афинах. Кроме того, сведения по медицине Аристотель мог получить от отца и деда, которые были профессиональными врачами. Более того, отец Аристотеля А. Никомах хотел видеть в своем сыне также врача. Влияние Аристотеля на медицину, как справедливо указывал дореволюционный историк медицины С. Конновер, «...должно быть измерено не столько его собственными творениями, сколько непосредственными и отдаленными результатами, полученными от его метода»[1].

Аристотель, по свидетельству Левеса, установил, что сердце представляет собой исходный пункт всей кровеносной системы, и тем самым сделал первый шаг к открытию кровообращения.

Свои логические категории Аристотель пытался применить к анализу некоторых медицинских явлений и процессов. В этой связи он предпринял попытку выяснить взаимоотношение опыта и искусства во врачебной деятельности. «Если вы знаете, — говорил Аристотель, — что известное лекарство излечило Каллия от известной болезни и что то же лекарство произвело одинаковое действие на Сократа и на многих других, то это есть опыт, но знание того, что известное лекарство излечит все лица, страдающие той же болезнью, есть искусство. Опыт есть знание отдельных предметов, искусство — знание общностей».

---

[1] С. Конновер. Очерки истории медицины. В. III. Университетские известия, 1887, № 4, стр. 128.

Телеологический принцип, аристотелевское учение об энтелехии, о жизни организмов как о процессе целеустремленного движения и т. д. оказали непосредственное влияние на медико-биологические воззрения Клавдия Галена, а через него и на всю медицину эпохи Средневековья. Под влиянием воззрений и традиций Аристотеля находился известный врач Теофраст (IV—III век до н. э.) и некоторые другие. Например римский врач Атеней (I в. н. э.) в соответствии с учением Аристотеля о материи как о пассивном начале, представляющем лишь возможность возникновения тел, вещей и предметов, и форме как активном, динамичном и творящем начале выдвинул концепцию, согласно которой месячные крови рассматривались началом, дающим лишь сырой, потенциальный материал, а семя как активную форму, лежащую в основе возникновения и последующего развития эмбриона.

На философию Аристотеля в силу ее непоследовательности и противоречивости опирались представители материализма и идеализма. Говоря о противоречивости философии Аристотеля, В. И. Ленин указывал: «У Аристотеля *везде* объективная логика *смешивается* с субъективной и так притом, что везде *видна* объективная» [1].

Некоторые авторы называют Аристотеля основоположником древнего витализма. Видимо, это слишком категоричная и односторонняя оценка Аристотеля. Вернее будет сказать, что некоторые стороны учения Аристотеля, в частности его телеология, влияли на формирование специфической теории витализма. Действительно, виталисты в области биологии и медицины опирались и до сих пор опираются на учение Аристотеля об энтелехии, под которой он понимал цель движения, определяющую развитие материи.

Не только неодушевленные предметы, но и живые существа якобы содержат в себе определенную конечную цель развития. Эта цель до своего осуществления находится в организме в скрытом состоянии.

Учение Аристотеля об энтелехии, не являясь законченным, «стопроцентным» витализмом, в то же время представляет крупный шаг на пути к витализму. Наибольшее влияние на формирование витализма Аристотель оказал своими трактатами «О душе» и «О происхождении животных». Здесь действительно Аристотель как бы перекидывает мостик между учением об энтелехии и ярко выраженным витализмом. Указывая на последовательное развитие органов в эмбриональном состоянии (например, на возникновение печени вслед за сердцем и т. д.), он делает по существу преформистский вывод о потенциальном существовании всех органов в зародыше.

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 38, стр. 366.

Но какая же сила руководит процессом превращения органов из потенциального состояния в реальное? Этой силой является энтелехия, руководящая развитием эмбриона.

Принятая на идеологическое вооружение средневековыми богословами, телеологическая сущность учения Аристотеля об энтелехии в дальнейшем оказала большое влияние на формирование витализма. Но «открытие» в новое время «настоящего» Аристотеля, освобождение его учения от пут богословской схоластики позволили материалистам-естествоиспытателям опереться на научно обоснованные положения, на сильную материалистическую сторону учения великого философа.

Аристотель часто говорил о зависимости «изменений души» от «телесного состояния». В «Метафизике», например, им высказывается мысль о душе, «которая не бывает без материи» и т. д. Но нельзя забывать, что в конечном счете в учении Аристотеля о душе преобладает идеалистическая тенденция, которая была положена в основу виталистических теорий более позднего времени, но безусловно опосредовалась трудами естествоиспытателей различных эпох.

Так, древнеримский врач Гален (II—III век н. э.), оказавший большое влияние на развитие медицины, находился под влиянием философии Платона и Аристотеля. Даремберг, говоря о роли Галена в истории медицины, указывал, что «... он держит в своих руках все прошедшее и будущее медицины. Он подобрал в свои руки нить предания и завязал ее таким крепким узлом, что в течение 15 веков его не могли рассечь ни социальные революции, ни крушения империй, ни невежество новых, ни истощение старых народов»[1].

Медико-биологические взгляды Галена основываются на обширном философском фундаменте, причем Гален сознательно опирался на философские принципы при решении конкретных медицинских проблем. Иатрофилософская медицина в трудах Галена была представлена весьма широко и полно. Сам он считал неотъемлемым признаком хорошего врача прекрасное знание и владение философией. На вооружении врача, по Галену, должны быть логика, физика и этика как основные инструменты философского познания. Все историки медицины оценивают учение Галена как эклектическое. Это верно. Но некоторые исследователи видят проявление эклектизма Галена в том, что он якобы механически соединил идеи гуморального и солидарного направлений и тем самым создал гуморально-солидарное направление. Сторонники подобной точки зрения считают, что Гален ставил задачу примирения этих направлений. Другие же авторы основой эклектизма

---

[1] Цит. по С. Конноверу. Очерки истории медицины. В. III. Университетские известия, 1887, № 4, стр. 277.

Галена считают соединение основных принципов гуморализма с анимизмом и онтологическим направлением. На самом же деле соединение противоположных начал в учении Галена является следствием его мировоззренческой философской эклектики, что выразилось прежде всего в подчинении гуморального и солидарного начала духовному, божественному. Не случайно на протяжении всего Средневековья, на протяжении многих столетий учение Галена поддерживалось религией и церковью и было превращено в непререкаемую медицинскую догму. Следовательно, эклектизм учения Галена заключается в стремлении объединить и примирить элементы материализма и идеализма при ведущей роли последнего. Жизнь, с точки зрения Галена, является высшим проявлением и воплощением божественной силы.

С телеологической позиции Гален рассматривал и работу отдельных органов и систем организма. Основой строения органов, по Галену, является целесообразность. Тот или иной орган осуществляет заранее предусмотренную телеологическим началом соответствующую функцию.

Не только физиологические, но и терапевтические воззрения Галена в значительной степени были пронизаны основными идеалистическими принципами философии Платона. «Платоновское влияние, — справедливо отмечает И. Страшун, — сказалось самым тормозящим образом на объяснении наблюдаемых фактов (платоновское учение о душе и опыты Галена с перерезкой сосудов)»[1].

Как организм в целом, так и его отдельные органы, по мнению Галена, представляют собой не что иное, как результат осуществления и овеществления плана, преформированного некой потусторонней силой. «Взяв за исходную точку аристотелевский принцип: природа ничего не делает даром, Гален приходит к заключению, что можно и должно отыскать a priori предназначение каждой части в животном организме, а отсюда — к логическому выводу о неизбежности того, а не иного строения каждой данной части, о необходимой связи между отправлением как причиной и органом как следствием», — писал Даремберг[2]. «Излишне доказывать, — писал Гален в своем основном труде «De usu partium», — насколько соразмерность и польза бровей, ушей, век, ресниц или одинаковая величина зрачков свидетельствуют о мудрости и вместе о могуществе природы; одной кожи, которую находят повсюду, достаточно для того, чтобы показать ее искусство, равно как и различных отверстий и каналов, из коих нет ни одного

[1] И. Страшун. Медицина. Статья для т. XVII Б. М. Э. На правах рукописи, стр. 19.

[2] Цит. по С. Конноверу. Очерки истории медицины. В. III. Университетские известия, 1887, № 4, стр. 297.

бесполезного. Волосы растут только там, где они необходимы на голове, бровях, веках; внутренняя поверхность рук и подошвы ног их не имеют. Ни один мускул не соединен с кожей напрасно, а лишь там, где есть от того необходимая польза. Кто же будет до того безумцем и врагом созданий природы, что не признает верховного художника, рассматривая хотя бы кожу? Кто не поймет, что над землей парит и проникает все части высший, одаренной дивным могуществом разум?».

Знакомство с логикой Аристотеля позволило Галену внести в классификацию болезней ряд новых принципов. Широкое применение в классификации болезней Галена находит принцип сходства и различия болезней. Согласно логике Аристотеля, при классификации болезней Гален стремился найти соответствие между понятием болезни и ее действительной природой. Использование аристотелевских логических принципов в классификации болезней оказалось весьма плодотворным. Все принципы классификации болезней, применяемые по настоящее время, в основном уже были разработаны Галеном (под непосредственным влиянием аристотелевской логики). Гален разделил болезни на три важнейшие группы:

1) болезни однородных органов и тканей;
2) болезни разнородных органов и тканей;
3) болезни основных жидкостей.

Каждая группа болезней в свою очередь была разделена еще на три подгруппы.

Кроме указанных основных принципов, Гален использовал и локалистический принцип, выделяя болезни по месту поражения органов и тканей (например, плеврит и др.); симптомологический принцип, учитывающий наиболее типичные, наглядно обнаруживаемые симптомы (икота, рвота и т. п.); этиологический принцип, учитывающий условия и причины происхождения болезней, и т. д.

Влияние аристотелевской логики сказалось и на учении Галена о пульсе. Например, величину или полноту пульса он характеризует не категорией качества, а категорией количества.

В соответствии с аристотелевской субординацией различных причин Гален на первое место ставит главную (производящую) причину и лишь после нее ставит так называемую формальную (конечную, непосредственную) причину.

В учении Галена имеют место элементы стихийной диалектики. В частности, гигиенические и непосредственно лечебные задачи врача он рассматривал как две стороны единой задачи. Правда, иногда он переоценивал значение гигиенических мероприятий явно в ущерб непосредственно лечебным. «По моему мнению, лучше изучать то, как не подвергаться болезням» (Гален).

Элементы диалектики Гален обнаруживает и в истолковании взаимоотношения формы и функции. «Без предшествующего изменения в материальном составе организма никогда не бывает нарушения отправлений». Интересен в этой связи взгляд Галена на отношение болезни и здоровья, которые не противопоставляются друг другу, а рассматриваются через призму многообразных переходных состояний и фаз. «Нарушение отправлений есть проявление болезни, — говорил Гален, — изменение же материального состава — сама болезнь. Между здоровьем и болезнью есть множество переходных состояний. Одно нарушение отправлений не есть еще болезнь. Болезнь наступает тогда, когда нарушение отправлений обнаруживается явными симптомами»[1]. Элементы диалектики имеются и в понимании Галеном соотношения общего и местного. Исходя из того, что суть болезни часто заключается в изменении влаг, циркулирующих вместе с кровью, он делает вывод, что большинство болезней по своему характеру являются общими. Местные болезни образуются в результате концентрирования тех или иных влаг в определенном месте.

Следовательно, было бы совершенно неправильно зачислять Галена в лагерь ортодоксальных идеалистов и метафизиков. Наряду с идеалистическими и метафизическими положениями в его учении немалое место занимают элементы материализма и стихийной диалектики. В эпоху же Средневековья материалистическая тенденция учения Галена была полностью умерщвлена и на щит славы были подняты идеалистические стороны его учения.

Известно, например, что Гален в соответствии с библейским учением разделял легенду о неодинаковом количестве ребер у мужчины и женщины: у мужчины на одно ребро меньше, так как одно ребро Адама якобы было использовано на создание Евы. Эта библейская выдумка, подкрепленная авторитетом Галена, на протяжении многих веков считалась неопровержимой истиной. Утверждению знаменитого анатома Андрея Везалия («О строении человеческого тела») об одинаковом количестве ребер у мужчины и женщины никто не поверил. Более того, его учитель Яков Сильвий выступил с публичным «опровержением» Везалия, утверждая, что если даже прав Везалий, то объясняется это не ошибками учения Галена, а изменением анатомического строения мужчины, происшедшего со времени высказывания Галена.

В эпоху Средневековья в естествознании и медицине господствовали всевозможные виталистические и теологические воззрения. «Мировоззрение средних веков было по преимуще-

---

[1] Цит. по С. Конноверу. Очерки истории медицины. В. III. Университетские известия, 1887, № 4, стр. 373.

ству теологическим... Юриспруденция, ёстествознание, философия — все содержание этих наук приводилось в соответствие с учением церкви»[1]. Если феодальный способ производства по сравнению с рабовладельческим был более прогрессивным, то наука и философия Средневековья сделали шаг назад по сравнению с античной эпохой. Находясь под влиянием церкви и ее идеологов (Тертуллиан, Августин, Фома Аквинский и др.), естествознание и медицина эпохи Средневековья часто были обречены на застой и прозябание.

Философской основой средневековой медицины было превозносимое церковью учение Платона и лишенное материалистических элементов учение Аристотеля. Популяризируя «умерщвленного» Аристотеля, папа римский наложил запрет на точный перевод трудов Аристотеля, сделанных Неаполитанским университетом (XIII век).

На мрачном средневековом фоне своеобразным оазисом интеллектуальной жизни выступает культура и наука ряда стран Востока, в частности арабская. В VII—IX веках арабские страны переживают период возрождения античной культуры. Переводятся и комментируются труды Гераклита, Демокрита, Платона, Аристотеля и др. В центре арабского мира, в Багдаде, в это время завершает свое образование выдающийся представитель философии и медицины Востока Абу-Али Ибн-Сина (Авиценна, 980—1037). Материалистические идеи Авиценны, развитые им в «Метафизике», «Логике» и «Физике», нашли конкретное специфическое воплощение в его всемирно известном руководстве по медицине — «Каноне врачебной науки». Материалистические идеи были для Авиценны, этого «князя философов», тем мировоззренческим компасом, которым он руководствовался в своих врачебных исследованиях. Исходя из материалистического положения о влиянии окружающей среды на организм, он отвергал ряд религиозно-виталистических положений о болезни.

Не случайно духовенство с ненавистью относилось к Авиценне. «Когда к власти в Багдаде пришла династия абассидов и турки сменили персов, фанатичное духовенство было очень враждебно настроено против памяти Авиценны и уничтожило бóльшую часть его работ»[2]. Но материализм Авиценны носил непоследовательный характер, он еще не вылился в форму атеизма.

Новая эпоха в развитии науки, философии и культуры наступает в период кризиса феодализма и зарождения буржуазного способа производства. Развитие буржуазного способа производства обусловило возникновение ряда новых наук и

---

[1] К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения. Изд. 2-е, т. 21, стр. 495.

[2] M. Sallefranque. La philosophie d'Avicenne. Maroc Médical., 1957, An. 36, № 382.

прежде всего механики и химии. Наступает эпоха метафизического и механистического мышления.

Парацельс (1493—1541) ставит перед собой задачу реформирования медицины Цельса и Галена на новых началах. Он говорит о необходимости внедрения в медицину основ химии. Но в силу слабости развития химии и большого влияния средневекового идеалистического мировоззрения он внедряет в медицину не химию, а алхимию. Материальным субстратом человека, по Парацельсу, является соль, ртуть, сера. Следует отметить, что эти названия не соответствуют современным значениям этих слов. Каждое из этих веществ соответственно обладает свойством твердого (соль), летучего (ртуть) и горючего (сера). Но материальное начало само по себе является бездеятельным, пассивным. Свойствами этих веществ управляет особая духовная сила, высшее начало — архей. Все жизненные отправления и функции организма обусловливаются активностью данных археев. Болезнь представляет собой угнетение архея чуждым организму духом, или враждебным археем. Как и многие философские теории того времени, медицинская система Парацельса представляла собой компромисс между материализмом и идеализмом с преобладанием последнего. Парацельс рассматривает человека с позиций объективно идеалистической философии Платона. Человек — это единство макрокосмоса и микрокосмоса. Если макрокосмос является отражением свойств внешнего мира, то микрокосмос — это проявление сокровенной человеческой природы, воплощающей в себе основные черты потустороннего, небесного существа. Более того, даже в понятие анатомии как науки Парацельс вкладывал сугубо идеалистический смысл, понимая под ней совокупность знаний о сверхъестественной, божественной модели, по которой сотворены все живые существа.

С позиций механистического мировоззрения Парацельс подходит к проблеме классификации болезней. Например, он делал механистический вывод о том, что каждой болезни соответствует строго определенное лекарство. Поэтому, отвергнув этиологический, локалистический, симптомологический и другие принципы, в основу классификации он положил так называемый лекарственный принцип. Болезни, по Парацельсу, должны быть подразделены по тем лекарствам, которыми они излечиваются (например, терпентиновая болезнь). В медицинских воззрениях Парацельса, как в зеркале, отразился характер и уровень общественного и философского развития той переломной и переходной эпохи, которая представляла собой зарю нового общественного строя — капитализма.

Чем шире применялась механика в прогрессирующем буржуазном способе производства, тем более механистическим по

своему характеру становилось естествознание и медицина Наиболее очевидной формой механицизма в медицине является иатромеханическое (или иатрофизическое) и иатрохимическое направления, возникшие в XVII веке (jatros — врач). Для обоих течений характерно стремление приложить «узкие» законы механики и химии к деятельности живого организма. Широко используется механическая терминология, проводится параллель между деятельностью живого организма и работой машины. Например, деятельность сердца иатромеханики отождествляли с работой насоса, а теплообразовательные процессы рассматривали как результат трения крови о сосудистые стенки. С механических позиций рассматривались и важнейшие патологические процессы, происходящие в организме. Например, врач Бургав (1668—1738) причиной воспаления считал образование застойных скоплений крови в мельчайших канальцах и сосудистых стенках.

С точки зрения иатромехаников и иатрохимиков организм представляет собой своеобразную машину, твердые части которого функционируют по законам гидравлической механики.

Ахиллесовой пятой механистического материализма был вопрос об источнике движения. Например, механицизм Ньютона в конечном счете привел его к признанию божественного первотолчка. Дело не меняется даже и от того, что некоторые механицисты отводили богу роль некоего генерала в отставке: бог, выполнив роль первотолчка, уже не вмешивается в жизнь Вселенной. Всякий механицизм, в том числе и механицизм иатрофизиков и иатрохимиков, смыкается с теологией, идеализмом. Движущей силой живого организма, с точки зрения иатромехаников и иатрохимиков, является особая нематериальная сила, именуемая ими летучей жидкостью — spiritus animalis, nervus fluidus.

Значительное влияние на развитие естествознания и медицины нового времени оказал крупнейший английский материалист XVI—XVII веков Френсис Бэкон (1561—1626). К. Маркс, давая оценку философии Бэкона, говорил: «Настоящий родоначальник английского материализма и всей современной экспериментальной науки — это Бэкон»[1]. Являясь создателем индуктивного метода в науке, борясь против средневековой схоластики, Бэкон многое сделал для укрепления союза философии с естествознанием и медициной. Он говорил, что философия должна войти в «законное супружество с естествознанием», и только тогда она будет способной «приносить детей» и давать нужные научные результаты.

---

[1] К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения. Изд. 2-е, т. 2, стр. 142.

Являясь материалистом, Бэкон ориентировал мысль естествоиспытателей и врачей в сторону объективных законов природы. Он говорил, что человек может познать природу. лишь «повинуясь ей», т. е. следуя законам природы и глубоко познавая их.

Если классификацию наук в целом Бэкон строил на основе идеалистического принципа (он классифицировал науки соответственно психическим способностям человека: память — история, рассудок — философия, воображение — поэзия), то классификацию медицины он произвел соответственно тому, какую практическую роль выполняет та или иная отрасль медицины. В книге «О достоинстве и усовершенствовании наук» он разделил медицину на три части соответственно трем ее важнейшим функциям. Первая задача медицины, по мнению Бэкона, состоит в сохранении и укреплении здоровья человека; вторая — в искоренении возникших заболеваний; третья — в продлении жизни человека. Благодаря совершенствованию врачебного искусства, говорил Бэкон, продолжительность жизни человека может быть значительно увеличена.

Познание природы и человека без определенного философского воззрения Бэкон сравнивал с ходьбой ощупью в потемках, когда человеку приходится вслепую ощупывать каждую вещь, пока случайность не натолкнет его на верный путь познания. Философия же это зажженный свет, позволяющий уверенно выйти на широкую дорогу научного познания.

Врачебную деятельность, в частности эффективность методов лечения, Бэкон ставил в зависимость от правильного понимания такого методологического вопроса, как соотношение теории и практики. Врачам он советовал «начертать план лечения систематического и последовательного и не уклоняться от него без самых уважительных причин». Выработка же «плана лечения» невозможна, если врач переоценивает роль опыта и игнорирует теорию или наоборот. «Нам, — писал Бэкон, — очень нравятся врачи, которые, обладая несомненной ученостью, придают огромное значение практике или которые, будучи известными практиками, не относятся с пренебрежением к методам и общим теориям науки».

Будучи непосредственно знаком с Гарвеем, Бэкон оказал большое влияние на формирование его научного мировоззрения. В соответствии с бэконовским индуктивным методом Гарвей говорил, что в любой науке «необходимы прилежные наблюдения и частые советы с чувством», что без экспериментального изучения явлений «никто не может сделаться исследователем ни в какой отрасли естествознания» [1].

---

[1] В. Гарвей. Анатомические исследования о движении сердца и крови у животных. М.—Л., 1948, стр. 203.

Являясь разносторонне образованным для своего времени ученым, Бэкон занимался экспериментальными исследованиями в области патологии и физиологии. Он находился в непосредственной связи с рядом крупнейших естествоиспытателей и врачей того времени. Бэкон был современником и другом Гарвея, а также его пациентом. В своих беседах с врачами он говорил о необходимости тщательного экспериментального изучения патологической анатомии, о необходимости широкого изучения сравнительной анатомии и т. д. С точки зрения Бэкона, описательная анатомия, на которую в основном опирались врачи XVI—XVII веков, не может полностью удовлетворить медицинские потребности.

В своем трактате «О достоинстве и усовершенствовании наук» Ф. Бэкон начертал целую программу действий для врачей своего времени и высказал ряд важнейших методологических положений, не утративших своего значения и по настоящее время. «Обыкновенные люди, — писал Бэкон, — созерцают природу как бы с высокой башни и слишком довольствуются поверхностным наблюдением. Если бы они удостоились сойти с нее, подойти к частным фактам, рассмотреть те же самые предметы с большей внимательностью и настойчивостью, то приобрели бы более реальные и более полезные сведения. Не подлежит поэтому сомнению, что если бы врачи, оставляя общие взгляды, пошли навстречу природе, то достигли бы той степени надежности, о которой говорит поэт:

«А так как болезни изменяются, то изменимы способы врачевания; тысяче родов болезни противопоставим тысячи спасительных средств.

...медицина, не опирающаяся на философию, представляется чем-то крайне шатким...» [1].

Применяя созданный им индуктивный метод к специфическим особенностям медицинского познания, Бэкон подчеркивает особую роль истории болезни и знания условий, способствовавших возникновению болезни. Анатомические исследования, по мысли Бэкона, должны вестись под углом зрения сравнительной и патологической анатомии и т. д. Исходя из принципа детерминированности болезни условиями жизни человека, он рекомендует внедрять так называемую причинную, этиологическую терапию, опирающуюся на специфические лечебные средства. От симптоматического лечения, воздействующего на внешние проявления болезни, Бэкон рекомендовал переходить к специфическому лечению, к воздействию на причины болезни.

Бэкон призывал врачей к использованию сил природы. В частности, он говорил о необходимости развития бальнео-

[1] Ф. Бэкон. О достоинстве и усовершенствовании наук. Кн. IV, гл. II. СПб, 1874.

логии (от латинского слова balneum — купальня, баня) — часть медицины, изучающая целебное действие минеральных источников, вод, грязей, а также методы лечения ими.

Ряд интересных размышлений на медицинские темы можно найти и в утопии Бэкона «Новая Атлантида», где он описал будущие «комнаты здоровья» с благоприятными условиями для лечения массы заболеваний. Он также рекомендовал применять методы лечебного питания и т. д.

Большое влияние на естествознание и медицину XVII века оказала философия выдающегося французского ученого и философа Рене Декарта (1596—1650). И. П. Павлов справедливо называл Декарта одним из основоположников учения о рефлексах. Конечно, дуализм Декарта и отдельные уступки идеализму не могли не сказаться на его понимании природы рефлекса. Но прогрессивный для своего времени тезис Декарта: рассматривать физиологические процессы как причинно обусловленные и как своеобразное проявление работы механизма — сыграл громадную роль в развитии материалистической физиологии и медицины. «Ясно, что именно идея детерминизма составляла для Декарта сущность понятия рефлекса и отсюда вытекало представление Декарта о животном организме как машине»[1].

Использовав галеновскую идею о «животных духах», Декарт наделил их материальными свойствами. «Животные духи», по мнению Декарта, — это своеобразные проводники внешних воздействий по нервам.

Рефлекс рассматривался Декартом универсальным свойством живых существ. Но механическое истолкование природы рефлексов не позволило ему преодолеть противоречие между «машинным» принципом функционирования рефлексов и интегративной деятельностью целостного организма. «С одной стороны, он (Декарт — *Г. Ц.*) стоял перед соблазном объяснить все виды поведения человека простой механической силой, автоматическим передвижением «животных духов» по нервным трубкам..., с другой стороны, было необходимо както втиснуть в эти автоматические рамки совершенно очевидный интегративный и целесообразный характер всех реакций»[2].

Таким образом, взгляд Декарта на организм в соответствии с господствующим в то время мировоззрением носил сугубо механистический характер. В частности, система связок и мускулов наряду с костной системой рассматривалась как механическая система рычагов, канатов и всевозможных блоков. В свою очередь кровеносная система уподоблялась

---

[1] И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. III, кн. II, 1951, стр. 173.

[2] П. К. Анохин. От Декарта до Павлова. Медгиз, 1945, стр. 22—23.

сложному гидромеханическому сооружению, состоящему из бесчисленных сосудов, трубок, шлюзов и клапанов для движения жидкостей.

Но несводимость высших форм поведения к механистически понимаемой рефлекторной деятельности поставила Декарта перед необходимостью признания «высшего разума»

В целом же учение Декарта о рефлексах нанесло сильный удар по всевозможным идеалистическим теориям в области физиологии и медицины. Оно ориентировало мышление исследователей на изучение механизма взаимодействия организма с окружающей средой.

Медицина XVIII и частично XIX века была тесно связана с развитием материалистической философии, в частности с философией французских материалистов — Дидро, Гольбаха, Гельвеция, Ламетри, Кабаниса и др. При этом многие из французских материалистов данного периода были по своей профессии врачами. Высокую оценку врачам-материалистам этого периода дал К. Маркс: «Механистический французский материализм примкнул к физике Декарта в противоположность его метафизике... Врач Леруа кладет начало этой школе, в лице врача Кабаниса она достигает своего кульминационного пункта, врач Ламетри является ее центром»[1].

Механистический материализм XVIII века играл прогрессивную роль, так как он был направлен против идеализма, телеологии и витализма. Например, Леруа, применив основные принципы механицизма Декарта к физиологии и медицине, направил их против дуалистических воззрений ученых того времени.

Ламетри во многом воспроизводил эпикурейский атомистический взгляд на характер окружающего мира, на роль случайности в возникновении разнообразных комбинаций атомов, образующих те или иные тела.

Исходя из картезианских материалистических положений, Ламетри делает попытку дать материалистическое истолкование так называемым животным духам, передвигающимся по нервам. По его мнению, «органы действуют при помощи нервов и некоего вещества, текущего внутри их и отличающегося такой тонкостью, что его назвали животным духом»[2]. В своих памфлетах Ламетри подверг острому осмеянию и показал научно-биологическую несостоятельность витализма Шталя, Галлера и др. Виталист Шталь рассматривал жизнедеятельность организма с точки зрения абсолютной целесообразности. Например, болезнь он считал как некую сумму движений, ко-

---

[1] К. Маркс, Ф. Энгельс. Сочинения. Изд. 2-е, т. 2, стр. 140.
[2] Цит. по статье «Медицина». БМЭ, т. 17, стр. 159—160.

торые преднамеренно осуществляются душой для изгнания из тела вселившихся вредностей. Процессы, имеющие место при заболевании (воспаление, лихорадка и т. п.), рассматривались как целесообразные проявления деятельности души. Ламетри, критикуя подобные взгляды Шталя, писал: «...говорить, будто „душа“ суверенна и является единственной причиной всех наших движений, пристало скорее фанатику чем философу». В своем знаменитом «Трактате о душе» он говорил: «Шталь наделяет душу абсолютной властью, у него она создает все, вплоть до геморроя».

Врач-материалист Кабанис не ограничивается критикой идеализма в разных его проявлениях, а стремится дать положительную разработку некоторых методологических вопросов медико-биологической науки. В этом отношении следует отметить его стремление преодолеть некоторые крайности широко распространенного механистического воззрения на деятельность живого организма. «...Механические, физические или химические гипотезы, — писал Кабанис, — являются совершенно недостаточными для объяснения основных жизненных процессов. Следует наблюдать живые тела, на них непосредственно должны проиводиться опыты, и лишь рассмотрением фактов, почерпнутых из этого источника, можно будет добыть точные сведения» [1].

Гносеология французских материалистов XVIII века, с одной стороны, опиралась на достижения медико-биологических и других наук того времени, с другой — способствовала их научному, материалистическому обобщению. Например, Дидро возникновение и функционирование ощущений ставил в зависимость от нервных проводников, от деятельности периферических и центральных рецепторов, их состояния, целостности и т. д. Мы, люди, говорил Дидро, — музыкальные инструменты, а наши чувства — клавиши, по которым ударяет окружающая природа и которые нередко сами по себе ударяют. В результате подобного воздействия экзогенных и эндогенных раздражителей возникает целый мир разнокрасочных ощущений. Под «самоударяющимися клавишами» Дидро понимал ощущения, возникающие во внутренних органах и системах организма и поступающие в центральную нервную систему. Эта идея получила научно-экспериментальное обоснование в физиологии XX века в учении об интерорецепторах.

Под влиянием материалистических воззрений Дидро находились многие поколения биологов и медиков. Идеи об эволюционном развитии животного мира, высказанные им в «Мыслях об объяснении природы», были позднее развиты Бонне и Робинэ в учении о трансформизме.

---

[1] Цит. по статье «Медицина». БМЭ, т. 17, стр. 160.

По ряду общебиологических проблем Дидро высказывал глубокие диалектические мысли. В частности, в «Элементах физиологии» он рассматривает взаимосвязь структуры и функции, указывая, что «организация определяет функции и потребности, а иногда потребности обратно влияют на организацию, и это влияние может иногда простираться вплоть до того, что производит органы, и всегда вплоть до их трансформации».

В работах, посвященных общебиологическим проблемам, Дидро критикует креационистские воззрения на происхождение жизни, показывает несостоятельность преформизма, который «не согласуется ни с опытом, ни с разумом».

Важным этапом на пути философского обобщения достижений биологии и медицины явилось учение Гегеля (1770—1831). Свои взгляды на важнейшие проблемы медико-биологической науки Гегель весьма подробно развивает в таких работах, как «Философия духа», «Философия природы», «Феноменология» и др. Многие вопросы, поставленные Гегелем, хотя и в общей форме, не утратили своего методологического значения и в настоящее время. «Для нас здесь безразлично, что Гегель не разрешил этой задачи. Его историческая заслуга состояла в том, что он поставил ее» [1].

Касаясь важнейшей методологической проблемы — проблемы соотношения органического и неорганического, жизни и смерти, Гегель указывает, что «самая смерть преформирована в живом, и ее форму следовало бы поэтому понять в ее специфической особенности, как форму жизни», что жизнь как таковая содержит внутри себя зародыш смерти. Подобный диалектический взгляд на соотношение жизни и смерти, несмотря на идеалистическую ориентацию самого Гегеля, объективно подрывал устои идеализма и витализма, которые противопоставляли жизнь и смерть и рассматривали смерть как мгновенный и внезапный акт отделения души от тела и т. д.

Говоря о наличии взаимосвязи между жизнью и смертью, Гегель в то же время стремился вскрыть и специфические черты жизни, которая, по его мнению, обладает тремя важнейшими особенностями—самоформированием, самосохранением и размножением. Жизнь и живое, по словам Гегеля, представляют диалектическое «единство, созидающее и сохраняющее себя как процесс во всех особенностях...» [2].

Физиологической основой всех жизненных процессов в соответствии с достижениями естествознания Гегель считал противоположные и в то же время неразрывно взаимосвязанные процессы созидания и разложения, ассимиляции и дисси-

[1] Ф. Энгельс. Анти-Дюринг. Госполитиздат, 1957, стр. 24.
[2] Гегель. Сочинения. Т. II. М.—Л., 1930, стр. 344.

миляции. Единство этих процессов, по мнению Гегеля, обусловлено тесной связью организма с условиями окружающей его среды. «Организм должен... положить внешнее как субъективное, усвоить его сначала, отождествить его с собой, и это есть процесс ассимиляции»[1].

Гегель не ограничивался рассмотрением ассимиляции как особой формы «отождествления», «усвоения» внешнего, а пытался раскрыть специфику этого важнейшего физиологического процесса, вскрыть его качественные особенности. Анализ специфических свойств ассимиляции Гегель проводит в плане выяснения особенностей субординации, соотношения различных форм движения.

Диалектическое чутье подсказывает Гегелю мысль о недопустимости механистического отождествления ассимиляции с простыми химическими реакциями, имеющими место и в неорганической природе. Химические процессы в живом организме, по мнению Гегеля, происходят в «снятом», «трансформированном» виде. Пищеварение можно, правда, рассматривать как нейтрализование кислоты и щелочи: верно, что такие конечные отношения начинаются в жизни, но последняя прерывает их и производит в качестве продукта нечто новое, чем химизм... Мы можем проследить химически и даже химически выделить отдельные части живого, и тем не менее самые процессы здесь нельзя считать химическими, ибо химическое (в чистом виде.— *Г. Ц.*) присуще только мертвому, живые же процессы всегда упраздняют природу химического»[2]. Видя односторонность и бесплодность иатрохимического понимания жизнедеятельности организма, широко распространенного в XVII—XVIII веках, Гегель делает попытку уяснить взаимоотношение и взаимопереход от «механизма» к «химизму», а от последнего — к «биологизму» (организму как таковому).

Отвлекаясь от основного вопроса философии, который, как известно, Гегель решал в духе объективного идеализма, и занимаясь теми или иными частными проблемами, он высказывает нередко глубокие и верные мысли. В частности, не лишены интереса высказывания Гегеля по проблеме здоровья и болезни, которые он рассматривает как производное окружающей среды. Здоровье, по мнению Гегеля, заключается «в... равномерном отношении органического к неорганическому, когда для организма нет ничего неорганического, чего бы он не мог преодолеть»[3]. Болезнь же обусловливается нарушением обмена веществ, последний в свою очередь зависит от изменения взаимоотношения между организмом и средой.

---

[1] Гегель. Сочинения. Т. II. М.—Л., 1930, стр. 473.
[2] Там же, стр. 488.
[3] Там же, стр. 531.

В борьбе против метафизического воззрения на организм как на механическую сумму составляющих его частей Гегель высказывает ценную мысль о целостности организма. «...Члены и органы живого тела должны рассматриваться не только как его части... Простыми частями становятся эти члены и органы лишь под рукой анатома, но он тогда имеет дело уже не с живыми телами, а с трупами. Этим мы не желаем сказать, что такое разложение не должно вообще иметь места, а желаем только сказать, что внешнего и механического отношения целого и частей недостаточно для того, чтобы познать органическую жизнь в ее истине» [1].

С позиций диалектического понимания взаимоотношения целого и части, общего и местного Гегель рассматривает и вопрос о локализации болезни: «болезнь переходит... во всеобщую жизнь организма; ибо страдание одного какого-нибудь органа всегда заражает всеобщий организм. Участвует таким образом весь организм, и нарушается вся его деятельность, когда одно колесико в нем делается центром. Но в то же время против этого восстает вся сила жизни, так что изолированная деятельность не может остаться уродливым наростом, но должна стать моментом целого» [2].

Не лишены интереса и высказывания Гегеля о взаимоотношении внешнего и внутреннего, экзогенных этиологических факторов и внутреннего физиологического субстрата организма. По мнению Гегеля, нельзя рассматривать болезнетворный этиологический фактор как нечто внешнее. Он склонен считать, что конечный эффект является результатом преломления внешнего во внутреннем. Касаясь инфекционных заболеваний, Гегель отмечает, что их причина как выражение внешнего зависит от внутреннего «предрасположения» организма. «Все это — предрасположения стихийной природы, в которых также участвует человеческий организм, причем нельзя сказать, что он заражается, ибо изменение присутствует и в нем, но далее происходит заражение» [3].

В работах Гегеля содержится немало интересных наблюдений и высказываний об особенностях психической жизни человека — о целебном действии плача, о различии между сном и бодрствованием, о проявлении внутренней сущности человека в манере его смеха, особенностях речи, о влиянии климата на самочувствие и т. д.

Но идеалистическая система и в анализе подобных вопросов вынуждала Гегеля на первое место ставить духовный фактор как производное абсолютной идеи. Несмотря на отдельные гениальные догадки, Гегель не смог дать правильного

---

[1] Гегель. Сочинения. Т. II. М.—Л., 1930, стр. 227.
[2] Там же, стр. 536—537.
[3] Там же, стр. 534.

объяснения важнейших процессов жизнедеятельности организма. Идеалистическая система похоронила те крупицы истинного, которые были добыты им при помощи диалектического метода. В конечном счете Гегель исходил из порочного, антинаучного положения о ведущей роли так называемого духовного начала, т. е. объективной идеи в жизнедеятельности организма. «Над органической связью и деятельностью систем, — заключает Гегель, — стоит, таким образом, как нечто высшее внутренняя суть ощущающего (т. е. объективная идея.— *Г. Ц.*), которая устанавливает связи там, где их физически не существует, и наоборот, нарушает их там, где они имеются»[1].

Большой вклад в борьбу против идеализма вообще и физиологического идеализма в частности внес крупнейший немецкий философ-материалист Людвиг Фейербах (1804—1872). Борясь за торжество передового естествознания, Фейербах подверг резкой и аргументированной критике идеализм Иоганна Мюллера. Мюллер выдвинул идеалистическую гипотезу о так называемых чувствующих нервах (закон специфической энергии органов чувств).

Как и любая идеалистическая теория, физиологический идеализм Мюллера опирался на некоторые реальные факты — на специфический характер деятельности органов чувств. Исходя из того, что разные раздражители могут вызывать в одном и том же органе чувств аналогичные ощущения, и, наоборот, один и тот же раздражитель вызывает в разных органах различные, соответствующие их природе, ощущения, Мюллер, не делая различия между действием адекватных и неадекватных для данного органа чувств внешних факторов, пришел к выводу о том, что качество ощущений обусловлено не характером раздражителя, а спецификой органов чувств. Следовательно, при помощи ощущений человек познает не свойства и качества предметов, а свойства и состояния чувствующих органов — таково основное субъективно-идеалистическое положение Мюллера о непознаваемости окружающего мира.

Фейербах подверг критике эти субъективно-идеалистические воззрения Мюллера. В. И. Ленин в своей работе «Материализм и эмпириокритицизм» весьма высоко оценил критику Фейербахом физиологического идеализма.

Фейербах рассматривал ощущения как образы, копии самих предметов. Резко высмеивая мюллеровский идеализм в понимании ощущений, Фейербах говорил, что пытаться стереть разницу между субъективным восприятием света и объективно существующим светом — это все равно, что отождествить поллюцию с деторождением.

[1] Гегель. Сочинения. Т. II. М.—Л., 1930, стр. 466.

Приводя это высказывание Фейербаха в книге «Материализм и эмпириокритицизм», В. И. Ленин писал, что это «замечание не из очень вежливых, но оно бьет не в бровь, а в глаз». Фейербах первым подметил, что мюллеровский взгляд на характер ощущений смыкается с берклианством, так как последнее также лишало ощущения их объективного содержания. «В 1866 г. Л. Фейербах, — писал В. И. Ленин, — обрушился на Иогана Мюллера, знаменитого основателя новейшей физиологии, и причислил его „к физиологическим идеалистам“ (Werke, X. S. 197). Идеализм этого физиолога состоял в том, что, исследуя значение механизма наших органов чувств в их отношении к ощущениям, указывая, например, что ощущение света получается при различного рода воздействии на глаз, он склонен был выводить отсюда отрицание того, что наши ощущения суть образы объективной реальности. Эту тенденцию одной школы естествоиспытателей к „физиологическому идеализму“, т. е. к идеалистическому толкованию известных результатов физиологии, Л. Фейербах схватил чрезвычайно метко» [1].

Таким образом, в основе взглядов Мюллера на ощущения лежит берклианско-кантианская идеалистическая точка зрения. В свое время И. Кант говорил, что ощущение так же не похоже на предмет, как плач ребенка не похож на его боль, как дым не похож на огонь, без которого он не может возникнуть. Кант рассматривал предметы внешнего мира своеобразными «катализаторами» спонтанно и автономно функционирующих органов чувств.

Физиологический идеализм абсолютизирует роль живого субстрата в отражательном процессе, отводя внешним раздражителям роль «пускового механизма».

§ 2. Борьба за материализм в отечественном естествознании XVIII—XIX веков

Одним из крупнейших материалистов домарксовского периода, оказавших неизгладимое влияние на развитие медицины, был наш великий соотечественник М. В. Ломоносов (1711—1765).

Материалистические взгляды М. В. Ломоносова на развитие природы и демократические социально-политические воззрения явились для многих поколений ученых и последователей М. В. Ломоносова теоретической и методологической основой развития различных отраслей знаний и культуры.

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 14, стр. 290.

Богатейшее наследие М. В. Ломоносова еще недостаточно изучено. Особенно это касается взглядов М. В. Ломоносова на различные методологические вопросы медицины и здравоохранения. Если проследить генеалогию профилактического направления нашей медицины, то мы увидим, что своими корнями оно уходит в богатейшее теоретическое наследие М. В. Ломоносова. Причины различных заболеваний М. В. Ломоносов видел преимущественно в окружающей человека среде — в негигиеническом образе жизни, в антисанитарных обрядах, дурных привычках и т. д. Соответственно этому оздоровление условий жизни и быта людей рассматривалось как важная предпосылка укрепления и сохранения здоровья. «Сверх того, вскоре следует начало весны, когда все скверности, — писал М. В. Ломоносов об антисанитарном состоянии современных ему городов, — бывшие во всю зиму заключенными от морозов, вдруг освобождаются и наполняют воздух, мешаются с водой и нам... в желудок, в легкие, в кровь, в нервы и во все строение жизненных членов человеческого тела вливаются, порождают болезни в здоровых, умножают оные в больных и смерть ускоряют в тех, кои бы еще могли пожить долее» [1]. Большое внимание уделял М. В. Ломоносов питанию, рассматривая правильный режим питания как важнейшее оздоровительное условие.

Рассматривая религиозные посты как серьезный болезнетворный фактор, он предлагал изменить их сроки. М. В. Ломоносов справедливо говорил, что религиозные посты и сроки их соблюдения были механически перенесены в Россию из Греции с ее теплым климатом и богатой растительностью. В Греции посты совпадают с «полным сиянием вешнего солнца, земное богатое недро отверзается, произращает здоровыми соками наполненную молодую зелень... поспевают ранние плоды, в пищу, в прохлаждение и в лекарство купно служащие...», а в России посты, как правило, падают на холодное время года, когда пищевые запасы и их качество резко понижаются. Различные же обряды, связанные с «переменным употреблением питья и пищи», по справедливому свидетельству М. В. Ломоносова, ведут не только к высокой заболеваемости, но и часто к смертности.

Отправляющиеся в дальние края экспедиции, по рекомендации М. В. Ломоносова, снабжались «разными противоцинговыми средствами» — медом, луком, хреном, морошкой, сосновым экстрактом и т. д. Состав пищевых продуктов для экспедиции Чичагина разрабатывался при непосредственном участии М. В. Ломоносова.

---

[1] М. В. Ломоносов. Избранные философские произведения. Госполитиздат, 1950, стр. 605.

В профилактическом духе написаны «Первые основания металлургии или рудных дел». Здесь М. В. Ломоносов заложил фундамент теории движения воздушных масс в шахтных стволах, предвосхитив тем самым современный метод естественной вентиляции воздуха в шахтах. Акад. Л. Д. Шелвяков (1945) говорил, что М. В. Ломоносовым «впервые дана совершенно правильная теория естественного проветривания шахт, основанная на физических свойствах стволов воздуха разных температур»[1].

Вопросы теории естественного проветривания шахт интересовали гуманиста М. В. Ломоносова не сами по себе, а в связи с гигиеной труда горнорабочих. Не только интересы «труждающихся», но даже интересы владельцев рудников, говорил М. В. Ломоносов, требуют улучшения и оздоровления условий труда людей.

Исходя из интересов сохранения здоровья «горных людей», М. В. Ломоносов советовал внедрить систему трехсменной работы в шахтах. Смена, по его мнению, должна быть 7-часовой с одночасовым перерывом для отдыха на свежем воздухе. К одежде горнорабочих М. В. Ломоносов предъявлял два важнейших требования: во-первых, она должна отвечать основным санитарно-гигиеническим требованиям, во-вторых, быть удобной, не стеснять движений рабочего и тем самым способствовать производительности его труда.

Многие прогрессивные черты и особенности нашей медицины берут свое начало в богатейшем теоретическом наследии М. В. Ломоносова. Сохранение здоровья населения России М. В. Ломоносов рассматривал в широком социально-гигиеническом плане.

Знаменитое письмо к И. И. Шувалову, которое дошло до нас под названием «О сохранении и размножении российского народа» (1761), можно смело назвать крупнейшим демографическим и социально-гигиеническим исследованием XVIII века. В нем М. В. Ломоносов поставил ряд важнейших задач общегосударственного значения. Безусловно, большинство из этих задач не могло быть разрешено в условиях самодержавно-крепостнической России. Несмотря на прогрессивную направленность этого письма, его нельзя рассматривать как некое социально-политическое кредо М. В. Ломоносова. Давление, оказываемое на ученого со стороны аристократической верхушки общества, не позволило ему до конца выразить свои социально-политические идеалы.

Основной вывод, сделанный в этом письме, говорит о необыкновенной проницательности, глубине и широте взглядов

---

[1] Л. Д. Шелвяков. Ломоносов и русская геология, горное дело и металлургия. Наука и жизнь, 1945, № 7, стр. 36.

М. В. Ломоносова. Россия, по мнению ученого-просветителя, должна заняться самым важным делом: «сохранением и размножением российского народа, в чем состоит величество, могущество и богатство всего государства, а не в обширности, тщетной без обитателей» [1].

Опровергая реакционные воззрения некоторых ученых, он говорил, что несчастье России состоит не в избытке, а в недостатке населения. По словам М. В. Ломоносова, Россия может «вместить в свое безопасное недро целые народы».

М. В. Ломоносов не ограничивается констатацией факта недостаточности населения для обширных пространств России. Для сохранения существующего населения и для увеличения его численности в будущем ученый предложил целую систему социально-экономических и санитарно-гигиенических мероприятий. Он указывает на «13 способов», в той или иной степени способствующих сохранению и размножению российского народа.

М. В. Ломоносов не мог не видеть, что одной из важнейших причин, отрицательно влияющих на прирост населения, являлась непомерно высокая детская смертность. Для устранения этой причины он предложил провести целую серию мероприятий общегосударственного масштаба. К ним относится издание книг о лечении «младенческих болезней», продажа доступных по цене лекарств, издание на родном языке наставлений о «повивальном искусстве», организация приюта для внебрачных детей и т. д.

С этой же целью М. В. Ломоносов призывал организовать борьбу со всевозможными религиозными обрядами и предрассудками, подрывающими здоровье детей, а иногда и уносящими их в могилу. «...Невеждам попам физику (естествознание. — *Г. Ц.*) толковать нет нужды, довольно принудить властию, чтобы всегда крестили водою летней... Затем, что холодная исшедшему недавно из теплой матерней утробы младенцу, конечно, вредна» [2].

Выходец из народа М. В. Ломоносов высоко ценил рациональный опыт народной медицины, искусство лекарей, повивальных бабок и т. д.

В своем письме к И. И. Шувалову М. В. Ломоносов говорил о необходимости резкого увеличения подготовки и выпуска отечественных врачей, докторов медицины и аптекарей. Не случайно основанный М. В. Ломоносовым в 1755 г. первый в России Московский университет имел в своем составе и медицинский факультет. Таким образом, М. В. Ломоносов явился

---

[1] М. В. Ломоносов. Избранные философские произведения. Госполитиздат, 1950, стр. 599.
[2] Там же, стр. 604.

по существу и основоположником высшего медицинского образования в России.

Большой интерес представляют взгляды М. В. Ломоносова на многие теоретические проблемы биологии и медицины. В его работах, в частности в «Курсе историко-физической химии» (1752), выражена точка зрения ученого на живой организм. В живых органических телах «...волокна, протоки, сосуды, соки в них обращающиеся должны все рассматриваться как *одно целое* (курсив наш.— *Г. Ц.*)». Отсюда и вытекал взгляд М. В. Ломоносова на болезнь, согласно которому ее следует рассматривать не только как местный, сугубо локальный процесс, но прежде всего как заболевание организма в целом. Находясь по существу на позициях прогрессивного для своего времени гуморального направления в патологии, М. В. Ломоносов считал, что болезнь возникает от «образующихся в теле нашем» «повреждений жидких материй».

Общебиологические воззрения Ломоносова базировались на прочном фундаменте материалистической философии. Исходя из материалистического взгляда на окружающую действительность, согласно которому в основе развития животных, растений и минералов лежит движение так называемых корпускул, М. В. Ломоносов выдвинул идею единства строения различных организмов. Организмы «...суть весьма тонкие и невидимые простым глазом пузырьки и трубочки, составляющие твердые части животных и растительных вещей»,— писал Ломоносов в «Слове о пользе химии» (1751).

Идея движения корпускул, перенесенная на мир животных и растительных организмов, все более принимала форму тезиса об изменчивости данных корпускул. В эпоху засилья в биологии и медицине витализма и преформизма М. В. Ломоносов склоняется к мысли, что, например, зародыш цыпленка, находящийся в яйце, постоянно развивается, изменяя все свои части. «Цыпленок,— писал М. В. Ломоносов,— может быть, подкрепляет изменчивость корпускул».

Материалистические воззрения М. В. Ломоносова позволили ему подняться выше господствовавших в его время идеалистических (анимистических, онтологических и открыто теологических) воззрений на этиологию и патогенез ряда заболеваний, особенно психических. В «Описании разных путешествий по северным морям» причину эпидемий в тропических странах М. В. Ломоносов видит не в происках злого духа или потустороннего существа, а в «согниении воды и съестных припасов» и связанным с этим «рождением в них червей». Низкая температура северных стран оказывает противоположное действие на эти процессы.

Следует отметить, что во времена М. В. Ломоносова в полном соответствии с классификацией К. Линнея микроорга-

низмы относились к червям. Несмотря на разделяемый М. В. Ломоносовым этот господствовавший научный предрассудок, он в то же время по существу сделал крупный шаг в сторону бактериальной теории болезней, утвердившейся окончательно в медицине лишь через два столетия.

Вопреки церковно-христианским догмам об абсолютной противоположности течения жизненных процессов в организме человека и животного М. В. Ломоносов защищает тезис о единстве и генетическом родстве данных процессов. «...По словам Ньютона, — писал М. В. Ломоносов в работе „О нечувствительных физических частицах“, — дыхание одинаково в человеке и животном».

Вскрыв неразрывную связь и взаимовлияние различных наук, М. В. Ломоносов особо подчеркивал важную роль физики и химии в дальнейшем поступательном развитии медицины. «Ею, — писал М. В. Ломоносов, — познается натуральное смешение крови и питательных соков, ею открываются сложение здоровых и вредных пищей. Ею не токмо из разных трав, но и из недра земного взятых материалов приуготовляются полезные лекарства. И словом, медик без довольного познания химии совершенен быть не может...» [1].

Не будучи медиком по образованию, но обладая энциклопедической эрудицией и проникновенным умом, М. В. Ломоносов оказался в состоянии взять на себя труд по редактированию перевода анатомических терминов для атласа, сделанного известным русским анатомом Протасовым.

Для более полного представления о взглядах М. В. Ломоносова по затронутым вопросам приведем одну биографическую деталь, которая лишний раз говорит о близости М. В. Ломоносова к медицине и ее важнейшей проблематике. Оформляя свой брак с Елизаветой Цельх (Марбург, 1740), М. В. Ломоносов в официальной записи о браке именовал себя кандидатом медицины. Согласно существовавшим в то время немецким порядкам, лицо, получившее определенную подготовку по физике и химии, автоматически получало звание кандидата медицины. Определенную роль в пробуждении интереса М. В. Ломоносова к медицине сыграл известный химик проф. Дуйзинг, который читал профилированный курс химии для медиков и у которого в свое время учился М. В. Ломоносов.

Факты, выводы, открытия и обобщения, содержащиеся в обширнейшем научно-теоретическом наследии М. В. Ломоносова, на многие десятилетия возвысились над уровнем современной ему науки. Естественнонаучные открытия и обобще-

---

[1] М. В. Ломоносов. Избранные философские произведения. Госполитиздат, 1950, стр. 171.

ния, сделанные М. В. Ломоносовым, позволяли по-новому понять и осмыслить многие процессы и явления биологии и медицины. В частности, разработка физических основ горения и окисления позволила глубже понять процесс дыхания. В свою очередь открытие закона сохранения вещества и движения, внедрение в химию количественного анализа, выяснение физико-химического содержания процессов горения и окисления и т. д. явились важным этапом в подготовке углубленных биохимических и физиологических исследований организма.

Знамя естественнонаучного материализма, высоко поднятое М. В. Ломоносовым, подхватили и понесли дальше его многочисленные ученики и последователи. Это были ученые и врачи С. Г. Зыбелин, Д. С. Самойлович, Ф. Г. Политковский, А. М. Шумлянский и другие. Вся передовая медицина второй половины XVIII и XIX века испытывала непосредственное влияние материалистической философии М. В. Ломоносова. Например, С. Г. Зыбелин вслед за М. В. Ломоносовым, развивая его научно-материалистические, прогрессивные традиции, большое внимание уделял вопросам роста народонаселения и сохранения народного здоровья, творчески развивал основные положения, содержащиеся в труде М. В. Ломоносова «О сохранении и размножении российского народа». Выход в свет работы С. Г. Зыбелина «Слово о правильном воспитании младенчества в рассуждении тела, служащем к размножению в обществе народа» (1755), является результатом идейного влияния М. В. Ломоносова.

Развивая науку и культуру будущего коммунистического общества, основные задачи которых указаны в Программе Коммунистической партии Советского Союза, мы должны беречь и творчески развивать наследие наших великих предшественников, представляющих гордость всего советского народа, олицетворяющих его славу и величие и своими гениальными трудами помогающих нам прокладывать новые неизведанные пути в строительстве коммунизма, в развитии его духовной и материальной культуры.

Рассматривая взаимоотношение домарксовской философии и медицины, нельзя обойти молчанием имя великого русского ученого-медика, педагога и общественного деятеля Н. И. Пирогова (1810—1881).

В работах, посвященных Н. И. Пирогову, уделяется недостаточно внимания анализу его философских взглядов. Часто научная деятельность рассматривается в отрыве от его мировоззрения, от решения важнейших гносеологических проблем.

В имеющихся же работах, в той или иной мере характеризующих мировоззрение Н. И. Пирогова, встречаются односто-

ронние оценки его философских взглядов. Наиболее распространено мнение, согласно которому творчество Н. И. Пирогова механически делится на два периода. В первый период (до середины 50-х годов XIX века) он якобы стоял на позиции естественнонаучного, стихийного материализма, а во второй период (после 50-х годов) он будто бы склоняется к идеализму и теологии. Философские же воззрения Н. И. Пирогова в ряде случаев оцениваются лишь на основании его высказываний, содержащихся в «Дневнике старого врача» (1879—1881).

Подобные взгляды нельзя признать правильными. В целом научные и философские воззрения Н. И. Пирогова на протяжении всей его деятельности основывались на прочном фундаменте стихийного естественнонаучного материализма. Однако ограниченность этого материализма нередко приводила его, как и всех других стихийно, метафизически мыслящих материалистов, к гилозоистским, а иногда и идеалистическим выводам.

Н. И. Пирогов бесспорно принадлежал к числу подавляющего большинства естествоиспытателей, у которых было стихийное, неосознаваемое, неоформленное, философски бессознательное убеждение в объективной реальности внешнего мира, отражаемой нашим сознанием. Известно, что важнейшим критерием для определения философского кредо того или иного ученого является в конечном счете решение им основного вопроса философии, т. е. вопроса о соотношении материи и сознания, материального и идеального.

Рассматривая внешнюю среду в качестве первоосновы психической деятельности, Н. И. Пирогов указывал: «Все, обнаруживаемое в нас бытие, обнаруживается посредством ощущений, т. е. посредством связи с внешним миром». «...Каждый исследованный мною предмет, — писал Н. И. Пирогов, — может и будет существовать и без меня». Н. И. Пирогов резко выступал против тех, кто признавал существование ощущений и сознания «без присутствия вещества», т. е. без материального субстрата — мозга.

С позиций материалистического сенсуализма Н. И. Пирогов решал и вторую сторону основного вопроса философии, т. е. признавал возможность познания действительности при помощи показаний органов чувств и деятельности мышления. Опираясь на материалистические традиции отечественного естествознания, Н. И. Пирогов делил ощущения на внешние и внутренние, предвосхитив тем самым учение И. М. Сеченова и И. П. Павлова об экстеро- и интерорецепции.

Материалистическое решение основного вопроса философии позволило Н. И. Пирогову правильно понять проблему так называемой бессознательной, автоматической деятельности нервных центров. Критикуя физиологических идеали-

стов, настаивающих на существовании «бессознательного мышления» и отрицающих возможность познания причин его происхождения, Н. И. Пирогов говорил о материальной детерминированности мышления, об его обусловленности в конечном счете миром внешних материальных впечатлений. «Что же касается до бессознательного мышления, — писал Н. И. Пирогов, — то и тут, во многих случаях, кажущаяся нам бессознательность есть только следствие привычки и опыта. Что было в начале жизни узнано нами постепенно сознательным опытом, то впоследствии, сделавшись нам известным и привычным, кажется бессознательным, и мы пользуемся потом плодами этого знания, не сознавая, что обладаем им посредством долгого опыта».

Более того, так называемую автоматическую деятельность психики Н. И. Пирогов рассматривал как проявление рефлекторной деятельности. Эти положения Н. И. Пирогова имеют большое значение в борьбе против различных проявлений психофизиологического параллелизма, фрейдизма, психосоматики, парапсихологии и т. д. Последние, как известно, так называемое бессознательное полностью изолируют от воздействий внешнего материального мира и считают его единственной основой психики и поведения человека.

Важнейшую проблему соотношения физиологического и психического Н. И. Пирогов рассматривал в плане их органического единства, видя материальную обусловленность субъективного (психического) мира человека. В частности, большой интерес представляют высказывания Н. И. Пирогова о материальной детерминированности человеческой воли и других психических актов, объективно направленные против субъективно-идеалистических взглядов на этот вопрос. «...Ни воля, ни мысль, ни совесть человека, — говорил Н. И. Пирогов, — не произвольны, но свободны в границах, определенных известными органическими и психическими законами... Ни желания, ни хотения наши не могут быть произвольными, хотя и кажутся нам таковыми... А свобода — не видимая и не ощутимая нами цель».

Отражая ограниченность домарксовского материализма, не видя социальной обусловленности психики человека, Н. И. Пирогов в то же время говорил о зависимости психической деятельности от некоторых материальных («органических») причин.

Принцип нервизма, т. е. взгляд на организм как на единую, функционально взаимосвязанную систему, испытывающую влияние от внешней и внутренней среды, лежит в основе всех естественнонаучных воззрений Н. И. Пирогова и его лечебной практики. Исходя из интегрирующей и координирующей роли нервной системы в жизнедеятельности организ-

ма, Н. И. Пирогов пришел к решению вопроса об общем обезболивании и других насущных вопросов теоретической и практической медицины. В «Началах общей военно-полевой хирургии» и других произведениях он говорит об особо важном значении нарушений центральной нервной системы в развитии всевозможных заболеваний.

Будучи естественнонаучным материалистом, Н. И. Пирогов высказал ряд стихийно-диалектических положений по конкретным вопросам теории и практики медицины. Называя себя приверженцем «эмпирического» направления в науке, он в то же время говорил о недопустимости механического противопоставления индукции и дедукции опыта, и теории, ибо они в конечном счете «берут за исходную точку своих суждений факт». Жизнь и смерть, физиологическое и патологическое, здоровье и болезнь также рассматривались Н. И. Пироговым в плане их взаимовлияния. В частности, жизнь понималась им как совокупность («собрание») отправлений, противодействующих смерти.

Обладая широким биологическим кругозором, рассматривая развитие организма с позиций эволюционного учения, Н. И. Пирогов стремился выяснить взаимосвязь и переход физиологического в патологическое и наоборот. Например, травматический отек, возникающий сразу же после повреждения ткани, рассматривался Н. И. Пироговым как нормальная местная реакция травмированной ткани. Но в зависимости от ряда условий он может либо прекратиться, либо перерасти в патологический процесс. Под аналогичным углом зрения рассматривалось воспаление и другие процессы. Изучая нагноение, Н. И. Пирогов пришел к выводу, что, достигая определенного уровня, оно из нормально-физиологического процесса может превратиться в болезненно-патологическое состояние.

Необходимо отметить, что в материалистических воззрениях Н. И. Пирогова был и ряд существенных недостатков. Он не смог преодолеть метафизическую ограниченность, присущую стихийному естественнонаучному материализму. В силу этого Н. И. Пирогов оказался не в состоянии правильно решить один из важнейших научных и мировоззренческих вопросов — вопрос о соотношении органической и неорганической материи. Он понимал, что одно лишь механическое движение атомов не может породить мыслительные способности и ощущения. «Логика» же механицизма и метафизичности «вынудила» его признать существование особого вида атомов (органических), якобы наделенных наивысшими проявлениями живых существ. Оказавшись бессильным решить вопрос о происхождении сознания в рамках метафизического и механистического материализма, признав существование «особого» рода атомов, Н. И. Пирогов делает следующий шаг к своей

идеологической пропасти — признает существование «вечного разума», якобы наделившего данные атомы мыслительными способностями.

Однако нужно отметить, что даже в этот период Н. И. Пирогов-материалист не сдает полностью своих позиций Н. И. Пирогову-теологу и мистику. В частности, в «Дневнике» он следующим образом передает свою втуреннюю мировоззренческую борьбу: «Я все толкую в моем мировоззрении о мировом уме, о мировой мысли. Да где же мировой мозг? Мысль без мозга, без слов! Разве это не абсурд в устах врача?».

Было бы грубой ошибкой на основании отдельных мистических высказываний, содержащихся в «Дневнике», написанном в период его болезни, тяжелого психического состояния, в период вынужденной изоляции от общественной деятельности, прогрессивной научной и философской мысли, зачислять Н. И. Пирогова в разряд идеалистов и «правоверных христиан», как это делает буржуазная история медицины. В своей научно-врачебной деятельности Н. И. Пирогов на протяжении всей жизни находился в рядах стихийных материалистов, которые своими трудами и открытиями подтачивали устои идеализма, мракобесия и мистики.

В 1837 и 1839 гг. Н. И. Пирогов опубликовал свои знаменитые «Анналы», где он дал не только анализ своих ошибок в области диагностики и лечения, но и заложил основы новой врачебной гуманистической этики. По поводу этого произведения И. П. Павлов писал: «Такая беспощадная откровенная критика к себе и к своей деятельности едва ли встречается где-нибудь еще в медицинской литературе. И это — огромная заслуга». Быть, а не казаться—вот основной девиз Пирогова—врача, Пирогова — педагога, Пирогова — общественного деятеля.

Н. И. Пирогов — гордость русской и мировой медицины, ее величайший представитель и один из ее гениальных творцов. В то же время Н. И. Пирогов — это крупнейший представитель материалистического направления в отечественной медицине, которое нашло дальнейшее развитие в трудах передовых естествоиспытателей и философов XIX века.

Огромное влияние на формирование научного и политического облика передовых русских врачей XIX века оказала философия русских революционных демократов — А. И. Герцена, В. Г. Белинского, Н. Г. Чернышевского, Н. А. Добролюбова.

Известно, какое влияние на мировоззрение С. П. Боткина оказал его друг и советчик А. И. Герцен. В книге «С. П. Боткин и неврогенная теория медицины» Ф. Р. Бородулин на большом фактическом материале показывает то влияние, ко-

торое оказала материалистическая философия А. И. Герцена и Н. Г. Чернышевского на «эволюцию мышления Боткина и его школы». «...Упоминание об объективном методе», утверждение, что «метода не может быть произвольной», «чрезвычайно своеобразное и содержательное представление об организме...» и другие высказывания С. П. Боткина — все это результат влияния материалистической философии А. И. Герцена.

Русская материалистическая философия и передовая отечественная медицина XIX века находились в состоянии взаимовлияния. Об этом говорит и тот факт, что лучшие представители философии и медицины этого периода часто решали единые, общие проблемы. К ним следует отнести проблему взаимоотношения организма и среды, проблему происхождения и сущности психики человека и многие другие. «Зависимость человека от среды, от эпохи — говорил А. И. Герцен, — не подлежит никакому сомнению»[1]. Если русские революционные демократы А. И. Герцен, В. Г. Белинский, Н. Г. Чернышевский, Н. А. Добролюбов, Д. И. Писарев подходили к решению указанных проблем с гносеологических позиций, то И. М. Сеченов, С. П. Боткин, И. И. Мечников и другие естествоиспытатели и медики подходили к этим проблемам с целью изучения их конкретного естественнонаучного механизма. Материалистическое решение этих проблем революционными демократами давало естествоиспытателям-медикам верное направление в изучении конкретных медико-биологических проблем.

Исходя из дарвиновской эволюционной теории, революционные демократы физиологической основой связи организма и среды считали нервную систему. Последняя также рассматривалась основой взаимосвязи внутри самого организма. «В организме человека, — писал Н. А. Добролюбов, — нет ни одной части, которая существовала бы сама по себе, без всякой связи с другими частями; но ни одна из частей нашего тела не связана так существенно с остальными, как головной мозг»[2].

Своими идейными корнями концепция нервизма Сеченова — Боткина — Павлова уходит в материалистическую философию русских революционных демократов.

С позиций материалистического понимания взаимоотношения организма и среды С. П. Боткин решал проблему этиологии заболеваний. С. П. Боткин писал: «Понятие о болезни неразрывно связывается с ее причиной, которая исключитель-

---

[1] А. И. Герцен. Избранные философские произведения. Т. II. Госполитиздат, 1946, стр. 111.

[2] Н. А. Добролюбов. Избранные философские произведения. Т. I. Госполитиздат, 1948, стр. 249.

но всегда обусловливается внешней средой, действующей или непосредственно на заболевший организм или через его ближайших или отдаленных родственников»[1]. С. П. Боткин считал, что окружающая среда не только формирует структуру и функции организма, но и при определенных условиях наносит им вред, т. е. выступает в роли этиологического фактора болезни человека. По мнению С. П. Боткина, любая болезнь тем или иным образом связана с воздействием внешнего раздражителя, который является первопричиной патологических процессов в организме. С. П. Боткин резко выступал против идеалистических, автогенетических взглядов на болезнь как на процесс, не детерминированный извне, со стороны окружающей среды.

Рассматривая организм во взаимодействии со средой, Д. И. Писарев говорил о большой роли гигиены и санитарии в сохранении здоровья людей. Он в то же время видел невозможность широкого внедрения санитарно-гигиенических мероприятий в условиях крепостнической России.

Указывая на необходимость внедрения гигиены в общественную и личную жизнь людей, революционные демократы, особенно Н. Г. Чернышевский и Д. И. Писарев, говорили о предпочтении профилактической медицины перед медициной лечебной.

Революционный демократизм, стремление проникнуть в материальные основы жизни общества позволили Н. Г. Чернышевскому подметить антисанитарный и антигигиенический характер буржуазного разделения труда. В противоположность этому труд при социализме представлялся Н. Г. Чернышевскому соответствующим основным естественным, физиологическим закономерностям и потребностям человеческого организма.

То, что было высказано революционными демократами о взаимоотношении материального и идеального, соматического и психического в общей форме, нашло конкретное подтверждение и решение в физиологических работах И. М. Сеченова и клинической практике С. П. Боткина и других отечественных ученых. В статье «Взгляд на литературу 1846 г.» В. Г. Белинский писал: «Вы, конечно, очень уважаете в человеке ум? Прекрасно! Так остановитесь же в благоговейном изумлении и перед этой массой мозга, где происходят все умственные отправления, откуда по всему организму распространяются через позвоночный хребет нити нервов, которые суть органы ощущений. Психология, не опирающаяся на физиологию, несостоятельна и также немыслима, как немыслима физиология

---

[1] С. П. Боткин. Общие основы клинической медицины. СПб., 1887, стр. 3.

без знания анатомии... Мы должны постоянно... помнить, что корень духовного — в земле, что духовное есть не что иное, как деятельность физического»[1].

Д. И. Писарев считал, что сильное эмоциональное потрясение нервной системы может привести к таким последствиям, как нарушение процесса кровообращения, в результате чего изменяется состояние работы сердца, непроизвольно испытывающего влияние нашей психики.

Неоспоримое влияние философия русских революционных демократов оказала на выработку метода научного мышления И. М. Сеченова, С. П. Боткина и И. П. Павлова. Можно обнаружить единую генетическую линию во взглядах, например, Н. А. Добролюбова и Д. И. Писарева, с одной стороны, и И. П. Павлова — с другой, на роль фактов, на их взаимоотношение с теоретическими обобщениями в научном исследовании. «Не факты нужно приноравливать к заранее придуманному закону, а самый закон выводить из фактов, не насилуя их произвольно»[2]. Д. И. Писарев в «Процессе жизни» говорил, что «слова и иллюзии гибнут, факты остаются». Сопоставим в этой связи знаменитые слова «патриарха физиологической науки» И. П. Павлова, обращенные к молодежи: «Факты — это воздух ученого...», и мы увидим, что все эти высказывания являются результатом единого взгляда на одну из важнейших гносеологических проблем, рассматривающих соотношение теории и практики, рационального и эмпирического в познании. В этой связи нельзя не привести глубокого научного высказывания крупнейшего русского патолога XIX века А. И. Полунина о взаимоотношении теории и практики: «Теория есть вывод из практики, а практика — основание теории. Какая у нас была бы теория, если бы практика действовала безотчетно, рабски повинуясь эмпирии»[3]. Это высказывание явилось результатом влияния «Писем об изучения природы» и «Дилетантизма в науке» А. И. Герцена.

Проявляя глубокий интерес к естествознанию, в частности к медико-биологическим наукам, русские революционные демократы говорили о большом методологическом значении философии для естествознания.

«Странное дело, каждый физиолог очень хорошо знает важность формы и ее развития, знает, что содержание только при известной форме оживает стройным организмом, — и ни одному не пришло в голову, что метода в науке вовсе не есть дело личного вкуса или какого-нибудь внешнего удобства, что

---

[1] В. Г. Белинский. Избранные философские произведения. Т. II Госполитиздат, 1948, стр. 302.

[2] Н. А. Добролюбов. Избранные философские произведения. Т. I. Госполитиздат, 1948, стр. 491.

[3] Московский врачебный журнал, 1851, кн. 3—4, стр. 19.

она, сверх своих формальных значений, есть самое развитие содержания, — эмбриология истины, если хотите»[1].

Критикуя механистические воззрения на жизнедеятельность организма, широко распространенные среди медиков и биологов XIX века, А. И. Герцен вскрыл гносеологическую несостоятельность механицизма. Он показал, что механика не может быть основой для выработки общего взгляда на мир, как и на жизнедеятельность организма. Отрицая качественное многообразие мира, сводя качественные различия к чисто количественным, высшие формы движения материи к низшим, закономерности целостного организма к арифметической сумме составляющих его частей, механицизм тем самым ведет научную мысль естествоиспытателей в тупик агностицизма.

Возражая механицистам, А. И. Герцен писал: «Категория количества — одно из существеннейших качеств всего сущего, однако она не исчерпывает всего качественного и, если держаться в изучении природы исключительно за нее, то дойдем до декартова определения животного гидравлико-огненной машиной, действующей рычагами и пр... Понятие живого непременно заключает в себе механические, физические и химические определения, как те низкие степени, которые долженствовали быть побеждены или сняты для того, чтобы явился сложный процесс жизни»[2]. Далее А. И. Герцен говорил, что картезианское, механистическое представление об организме как о сложном машинном агрегате неизбежно должно привести к признанию некой «непонятной силы», якобы управляющей этой машиной. В самом деле, механистическое понимание не позволяет вскрыть сущность жизни, познать движущие силы жизненного процесса. Остается один выход: признать действие надмеханических, нематериальных сил.

Своей критикой различных идеалистических и метафизических теорий русские революционные демократы проделали колоссальную идейно-профилактическую, «очистительную» работу. Этим самым они предотвратили широкое распространение в отечественной науке, в том числе и медицине, мальтузианства, евгеники, расизма, позитивизма, ломброзианства, вирховианства и т. д. В «Антропологическом принципе в философии», «Замечаниях к „Политической экономии“ Милля», «О новых условиях сельского быта» Н. Г. Чернышевский показал теоретическую несостоятельность мальтузианства. Д. И. Писарев в «Очерках по истории труда», критикуя мальтузианство, говорил о реакционности призывов Д. С. Милля ограничить рождаемость среди трудящихся и т. п.

---

[1] А. И. Герцен. Избранные философские произведения. Т. I. Госполитиздат, 1946, стр. 96—97.

[2] Там же, стр. 247.

Под влиянием материализма революционных демократов и общественных условий в дореволюционной России оформилось новое течение клинической медицины, которое в философском отношении было материалистическим, в естественнонаучном отношении — функциональным, в общественном отношении — гуманистическим и демократическим [1].

«...Трудно представить, — писал известный советский историк медицины Ф. Р. Бородулин, — каким образом могла бы сложиться медицина Зыбелина, Мухина, Мудрова без материалистических идей М. В. Ломоносова и А. Н. Радищева, физиология И. М. Сеченова и клиника С. П. Боткина — без идей А. И. Герцена, Н. Г. Чернышевского, Д. И. Писарева, физиология И. П. Павлова и советская клиника без организующего, преобразующего влияния методологии диалектического материализма» [2].

Подводя итог изложенному выше, следует подчеркнуть, что до начала XIX века естествознание и философия находились в более или менее тесном взаимодействии. Плодотворное влияние на естествознание и медицину оказывал домарксовский материализм, особенно высшая форма этого материализма — философия русских революционных демократов. Идеализм же, как правило, тормозил развитие естествознания и медицины, навязывая им всевозможные априорные схемы и выводы. Опираясь на конкретные эмпирические достижения естественных наук, материализм обеспечивал их важнейшими методологическими положениями и выводами. Но в силу своей ограниченности (метафизичность, механицизм, идеалистическое понимание истории) домарксовский материализм не мог оказать более действенного влияния на развитие естествознания и медицины.

К середине XIX века резко меняется картина взаимоотношения философии и естествознания. В результате усиления буржуазной реакции на пролетарское движение и его идеологию усиливаются позитивистские, антифилософские и прежде всего антиматериалистические настроения среди части ученых. Возникла неадекватная реакция на засилие абстрактно-спекулятивной системы Шеллинга, Гегеля. В естествознании, которое в большинстве случаев шло в ногу с материалистической философией, все более усиливаются позитивистские настроения. В нарастающих волнах позитивизма вместе с системой Фихте, Шеллинга и Гегеля реакционные естествоиспытатели пытались утопить и материалистическую философию.

---

[1] А. Г. Лушников. Основные черты развития терапии в России и в СССР. Доклад на Всесоюзной научной историко-медицинской конференции, февраль 1959 г. (Тезисы докладов).

[2] Ф. Р. Бородулин. Идейные основы советской клинической медицины. Советская медицина, 1953, № 7, стр. 3.

Позитивистский лозунг: «Всякая наука — сама себе философия», находил все больше приверженцев среди идейно неустойчивых естествоиспытателей. Взаимоотношение естествознания и философии вступило в кризисную фазу своего развития.

Даже некоторые прогрессивно мыслящие естествоиспытатели стали сомневаться в действенности философии, в том числе и материалистической, так как материализм того времени (30—40-е годы XIX века) по-прежнему был метафизическим. Если в период собирательного этапа развития естествознания и медицины метафизический материализм способствовал в той или иной мере развитию науки, то в XIX веке, когда перед наукой встала задача обобщения накопленных данных, он превратился в тормоз научного развития. К 40-м годам XIX столетия метафизический материализм исчерпал все свои реальные и потенциальные возможности. Из бывшего стимула развития естествознания метафизический материализм превратился в его тормоз. Возникло острейшее противоречие между новыми научными открытиями, диалектико-материалистическими по своей природе фактами и старым метафизическим методом и образом мышления. Это противоречие было разрешено созданием К. Марксом и Ф. Энгельсом диалектического и исторического материализма — единственно научной методологической и мировоззренческой основы развития естествознания и медицины.

Таким образом, краткий обзор основных школ, направлений и течений в истории философии и медицины показывает, что во взглядах медиков различных стран и эпох вольно или невольно отражалось их мировоззрение и чем прогрессивнее были их философские позиции, тем более ценный вклад они вносили в развитие медицины.

Если идеалистическая философия, как правило, оказывала тормозящее влияние на развитие медицины, направляя исследовательскую мысль ученых по ложному пути «познания» «жизненной силы», «одухотворяющего начала», то материалистическая философия ориентировала ученых на познание анатомо-физиологического (материального) субстрата важнейших процессов жизнедеятельности организма в нормальном и патологическом состоянии.

ГЛАВА II

ДИАЛЕКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛИЗМ — ФИЛОСОФСКАЯ ОСНОВА МЕДИЦИНЫ

Как уже отмечалось, домарксовская философия в целом не имела внутренней, органической связи с естествознанием, в том числе и с медициной. Отсутствие глубокой интимной связи между домарксовской философией и медициной было одним из следствий разрыва между теорией и практикой.

Разрыв между теорией и практикой характеризует и некоторые направления современной зарубежной медицины, чем они в значительной степени обязаны буржуазной философии (прежде всего позитивистской), возводящей узкий эмпиризм в основополагающий теоретический принцип. Но методологическая несостоятельность подобной концепции очевидна. «Узкий эмпиризм, пытающийся выдать себя за наиболее полное выражение единства теории и практики, является на деле одной из форм разрыва теории и практики, их противопоставления»[1].

Диалектический материализм впервые за всю историю философии преодолел разобщенность между медициной и философией, в большей или меньшей степени проявлявшуюся в прошлом.

Чем же обусловлена необходимость тесной связи между философией и медициной? Каждая наука изучает ту или иную сторону действительности. Изучаемый окружающий мир, в том числе и объект медицины — человек, помимо специфических свойств, качеств и закономерностей, имеет и общие особенности и закономерности развития. Нельзя считать, что специфические, частные закономерности — это принадлеж-

---

[1] Л. Ф. Ильичев. Методологические проблемы естествознания и общественных наук. Доклад на заседании Президиума АН СССР. «Методологические проблемы науки». Изд. «Наука», 1964, стр. 124

ность конкретных наук, а общие закономерности — лишь удел философии. Общие и специфические закономерности существуют не порознь и даже не просто «сосуществуют», а органически взаимопроникают друг в друга. Если специфические законы представляют собой проявление общего в конкретных условиях бытия, то общее в свою очередь проявляется через посредство специфических закономерностей. Более того, общее существует только в специфическом, в особенном и единичном.

Общие положения диалектического материализма, имея отношение ко всем формам движения материи, применимы и к объекту изучения медицины — живому организму, к нормальным и патологическим проявлениям жизнедеятельности организма. Например, специфическая закономерность обмена веществ, выраженная в ассимиляции и диссимиляции, является в то же время и проявлением общего диалектико-материалистического закона единства и борьбы противоположностей. В свою очередь общий диалектический закон перехода количественных изменений в коренные качественные весьма специфически проявляется в различных областях медицины. Например, некоторые сочетания медикаментов вызывают общий эффект более значительный, чем сумма эффектов, свойственных каждому элементу состава в отдельности. Такие лекарственные сочетания вызывают синергизм, или потенцирование.

Своеобразие проявления общих диалектических законов зависит и от сложности формы движения материи. С усложнением форм движения материи усложняется и характер специфического проявления общих диалектических закономерностей.

Взаимодействие диалектического материализма и медицины обусловлено объективной логикой развития самого объекта медицины — человека, в его нормальном и патологическом состоянии. Объект медицины представляет собой взаимосвязанное единство общего, изучаемого диалектическим материализмом, опирающимся на достижение конкретных наук, и специфического, изучаемого конкретными науками, которые используют философские положения и категории в качестве методологических принципов исследования. Само взаимоотношение диалектического материализма и медицины является прекрасным примером взаимоотношения общего и частного в познании. В истории медицины этот вопрос решался двояким образом: либо медицина полностью растворялась в философии (натурфилософия), либо отрицалась или недооценивалась роль философии для медицины (позитивизм как механистическое отрицание натурфилософии и реакция на ее бесплодность).

Несмотря на исповедуемый некоторыми естествоиспытателями и врачами нигилизм по отношению к философии, они в своей деятельности все же не могут избежать ни философских обобщений, ни философского влияния, так как без абстрактно-логического мышления, без использования общих гносеологических категорий и положений естествознание и медицина развиваться не могут. Ф. Энгельс говорил, что люди, особенно усердно бранящие философию, становятся рабами самых скверных вульгаризированных остатков, самых скверных философских систем. «Всякий исследователь в каждый данный момент исследования не есть tabula rasa. Он полон всем своим предшествующим опытом, воззрениями своей среды, он начинен определенными взглядами, представлен определенным мировоззрением. Это в той или иной степени отражается на выборе им того или иного объекта изучения, на том или ином подходе к нему, на той или иной трактовке им полученных данных, на той или иной, таким образом, рациональной переработке опыта. И сколько бы естествоиспытатель ни отмахивался от философии, он, не сознавая этого, часто находится всегда под ее влиянием»[1].

Мировоззрение является основой, ядром сложного процесса познания и истолкования природы и общества. В недавно вышедшей во Франции книге «Почему я коммунист» профессор хирургической клиники в Тулузе Ж. Дюкуен писал: «Я вступил в коммунистическую партию Франции потому, что ее доктрина основана на диалектическом материализме, ничего равного которому не создала человеческая мысль. Касаясь научных проблем и, в частности, непосредственно связанных с моей профессией, я не могу себе представить их решение вне диалектического материализма». Опираясь на всю общественно-историческую практику, на успехи развития естествознания, в том числе и медицины, диалектический материализм вооружает единственно научной методологией познания и преобразования мира.

Бурное развитие естествознания поставило на повестку дня не только вопрос о необходимости методологически правильного, научно философского подхода, но и непосредственно выявило, что такой методологией может быть только диалектический материализм.

Вдумчивый современный врач все более убеждается в необходимости глубокого диалектико-материалистического подхода к изучаемым медико-биологическим явлениям и процессам, в недостаточности формально-логического, а тем более метафизического мышления. «Симптоматология со своими

---

[1] С. Генес. Мировоззрение и методология в физиологии. Врачебное дело, 1931, № 3—4, стр. 107.

взаимоотношениями и связью частей с целым; бегучее течение болезни, подобное узловой линии с постоянными скачками, с количественными и качественными переходами одного состояния в другое, с борьбой противодействующих агентов и влиянием окружающей среды и ее факторов; диагноз с его анализом тез и антитез и конечным синтезом; осложнениями болезни, которые бегут в хороводе возможностей; относительность предсказания, зависящего от возможностей, и, наконец никогда окончательно не предрешенное лечение, эластически следующее за динамикой болезни — все это не может ограничиться услугами формальной логики...»[1].

Известный советский патолог А. Д. Сперанский говорил, что «диалектика, сулящая возможность изучать процессы в самом движении, а не только по его этапам, заставляет признать этот метод стоящим вне какой бы то ни было конкуренции»[2].

«Патриарх мировой физиологии» И. П. Павлов еще в самом начале своей научной карьеры говорил о том, что любой человек, независимо от выбранной им специальности, должен иметь общий взгляд на мир, мировоззрение. «Молодой ум, — говорил И. П. Павлов, — ум философский. Под этим эпитетом я разумею стремление молодого ума обо всем получить понятие, все сведения свести к известным общим положениям.

Я ясно помню, как этот общий взгляд является живой жгучей потребностью. Мы представляли людей, у которых не было такого взгляда, жалкими. Мы не могли понять, как это можно жить без общего взгляда на мир и жизнь»[3].

И. П. Павлов хорошо знал философские труды классиков марксизма-ленинизма, говорил о внимательном чтении книги «Материализм и эмпириокритицизм» В. И. Ленина, «Капитала» К. Маркса и др.

Чтобы не быть архивариусом фактов, не утонуть в их бездне и проникнуть в тайны и законы, управляющие фактами, необходимо глубокое знание и умение творчески пользоваться марксистско-ленинской методологией познания и преобразования мира. «Если нет в голове идей, то не увидишь и фактов», эти слова И. П. Павлова можно взять в качестве девиза для нерушимого союза философии и естествознания, в том числе и медицины.

Чем сложнее изучаемая медико-биологическая проблема, тем бо́льшую роль в научном познании имеет диалектико-ма-

---

[1] Л. Ф. Дмитриенко. Материалистическая диалектика в клинике. Одеський Медичний журнал, 1930, т. V, № 3—5.

[2] Дисскусия по книге А. Д. Сперанского «Элементы построения теории медицины». Декабрь 1936 г. Архив биологических наук, т. 46, в. 2—3, стр. 120.

[3] Новый мир, 1946, № 3, стр. 107.

териалистическая методология, в то время как значимость законов формальной логики отступает на второй план. Как указал немецкий ученый Я. Сегал[1], законы формальной логики применимы для статических систем. Кроме того, они имеют ограниченное значение также в случаях таких динамических систем, в которых процессы протекают настолько медленно, что какие-либо изменения в них являются при данных условиях несущественными. Для анализа динамических систем необходима диалектическая логика. Законами природы являются только такие закономерности, которые получены в результате исследования динамического способа действия материи.

Одной из важных особенностей развития современной медицины является возрастание роли методологии в изучении закономерностей развития живого организма в нормальном и патологическом состоянии. Это обусловлено рядом обстоятельств. Прежде всего в современной медицине происходит бурная дифференциация научных знаний. На этой основе возникают новые отрасли медицины. В настоящее время медицина насчитывает около 300 разделов научных знаний. Врачу становится все труднее усвоить весь комплекс прежних и вновь возникающих теоретических положений, выводов, гипотез и т. д. Неизбежный и прогрессивный процесс дифференциации медицины и биологии содержит в себе и отрицательный момент. Дифференциация знаний, узкая и однобокая специализация исследований, осуществляемая без необходимой интеграции и координации знаний, содержащихся в области медико-биологических и других наук, является благоприятной базой для возникновения односторонних метафизических обобщений, приводящих к идеалистическим выводам и теориям.

Геккель в своих «Мировых загадках» говорил, что «колоссальному зданию естествознания все больше и больше грозит опасность стать вавилонской башней, в запутанном лабиринте которой едва ли кто в состоянии понимать язык множества ее работников».

Еще бо́льшую опасность несет с собой узкая специализация в области клинической, лечебной медицины. «Внимание узкого специалиста приковывается к тем органам и системам, которые являются предметом его специальности, он сосредоточивается на патологической форме; его кругозор в смысле профилактических и терапевтических (в широком смысле этого слова) мероприятий чрезвычайно ограничен»[2].

---

[1] J. Segal. Die dialektische Methode in der Biologie. Berlin, Dietz. 1958.

[2] Я. Ю. Кац. К вопросу о кризисе современной патологии. Вестник современной медицины, 1927, № 14, стр. 914.

Опираясь на достижения всех наук и общественно-исторической практики, диалектический материализм позволяет избегать методологических ошибок, возникающих при узкой специализации и дифференциации медицинских знаний.

«...Естествознание, — говорил В. И. Ленин, — прогрессирует так быстро, переживает период такой глубокой революционной ломки во всех областях, что без философских выводов естествознанию не обойтись ни в коем случае»[1].

В развитии медицины нередко наступают такие периоды, когда под влиянием новых экспериментальных и клинических фактов возникает задача пересмотра, уточнения и углубления старых, уже утвердившихся теорий. В эти периоды необходимость философского подхода к изучаемому материалу проявляется с особенной силой. В подобных случаях задача философии состоит в том, чтобы вскрыть объективную логику вновь полученных фактов, проанализировать логическую структуру создаваемой новой теории, проанализировать содержание используемых этой теорией важнейших понятий, исходных методологических предпосылок и т. д.

Дифференциация знаний, разветвление уже сложившихся наук на все новые и новые разделы тесно связаны с противоположной, интегративной тенденцией развития современной медико-биологической науки. Интегративная тенденция проявляется не только «внутри» медико-биологической сферы, но и в более широких областях знания, в необходимости использования методов «соседних» наук и методов, применяемых в самых различных областях естествознания (кибернетические, статистические и др.).

Основатель кибернетики Норберт Винер говорил, что с возникновением новых областей науки растет потребность в научных работниках с широким кругозором, так как граница между точными науками и другими отраслями знаний постепенно стирается.

В связи с дифференциацией знаний и возникновением пограничных дисциплин (медицинская радиология, медицинская генетика, радиобиология, клиническая физиология, космическая биология и медицина и т. д.) все большее значение приобретают такие методологические проблемы, как проблема соотношения механических, физических, химических, биологических и социальных закономерностей в жизнедеятельности организма (в норме и патологии), как проблема соотношения различных методов исследования, вопрос о возможности применения математических, кибернетических, статистических и других способов исследования. Известно, что физиологические процессы, помимо своей качественной харак-

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 33, стр. 208.

теристики, имеют и количественную (количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в крови и т. д.). Это обусловливает возможность применения различных математических (статистических) методик изучения, оперирующих количественными величинами и их соотношениями.

Переоценка удельного веса тех или иных методик исследования, как и отдельных закономерностей в жизнедеятельности организма, является предпосылкой для всевозможных метафизических и идеалистических выводов и заключений. Известно, например, что в основе всех отправлений организма лежит обмен веществ, осуществляющийся на основе сложнейших биохимических реакций. Абсолютизировав роль химических процессов, некоторые ученые (например, известный канадский патолог Г. Селье) приходят к односторонним выводам о ведущей роли системы гипофиз—надпочечники в жизнедеятельности организма. Этот односторонний взгляд является в то же время антиэволюционным, так как не учитывает, что в ходе эволюции элементарная химическая регуляция функций была подчинена сложной нервной регуляции, осуществляемой высшими отделами центральной нервной системы.

В связи с прогрессом кибернетики, расширением сферы ее влияния необходимо изучение таких философских проблем, как методологические принципы применения кибернетики в изучении различных разделов медицины (применение кибернетики в диагностике, в изучении законов высшей нервной деятельности и т. д.).

Эта проблема приобретает особую значимость еще и потому, что за рубежом и частично среди наших ученых распространено мнение о возможности замены клинического мышления врача кибернетическим.

Основой неимоверной абсолютизации роли технических средств в научном исследовании является неопозитивизм, философия прагматизма и его разновидности — инструментализма. По мнению последних, уникальная электронная и кибернетическая аппаратура и техника якобы могут проникнуть во все тайны природы, а научное познание якобы может полностью обойтись без мышления ученого, опираясь лишь на показания приборов, используемых в эксперименте. На этой реакционной философской основе вырастают идеи о возможности создания искусственного электронного мозга, искусственной высшей нервной системы, даже электронного, врача, дипломата, художника и т. д. Частичным проявлением подобного инструментализма является обособление одной из ветвей физиологии, получившей название электрофизиологии. На определенном этапе внедрения электронной техники в физиологические исследования такое отделение, возможно, имело определенный смысл. Однако, как справедливо указывал

проф. Э. А. Асратян на одном из заседаний физиологического общества, выделение электрофизиологии в самостоятельную ветвь не оправдано.

Во всех важнейших разделах физиологии (сравнительная физиология, физиология труда, спорта и т. д.) электрофизиологическая методика находит широкое применение наряду с другими, что еще раз свидетельствует о том, что критерием классификации наук является предмет их исследований, а не способ их изучения.

В ряде случаев переоценка роли технических средств служит предпосылкой для упрощенных воззрений на весьма сложные вопросы медицины и биологии.

В частности, в зарубежной, а иногда и в отечественной литературе предпринимаются попытки сформулировать кибернетическое определение болезни. При этом кибернетические принципы и положения механически переносятся на явления и процессы патологии. Например, А. С. Дрогендик в статье «Понятие „болезнь" с точки зрения кибернетики»[1] утверждает, что болезнь — это объективно распознаваемое или субъективно ощущаемое отклонение от нормы, заключающееся в том, что находящимся в организме человека системам обратной связи не удается восстановить комплекс различного рода динамических равновесий.

Конечно, принцип обратной связи в нервной системе, открытый еще в середине XIX века И. М. Сеченовым при изучении механизма координации произвольного движения мышц посредством обратной сигнализации от мышечного аппарата в регулирующий центр головного мозга, ставший ныне одним из основных постулатов кибернетики, может помочь в уяснении внутренней сущности некоторых заболеваний. Но сводить сложную картину болезни к нарушению лишь действия этого принципа — значит упрощать вопрос и вносить элементы механицизма в патологию.

Современная медицина все более расширяет свои познавательные сферы, включая в них и такие проблемы, которые еще в недалеком прошлом казались почти недоступными для познания (проявление патологических процессов на молекулярном уровне и т. д.).

При изучении слабо разработанных медико-биологических проблем роль теоретико-познавательных, методологических принципов и исходных положений резко возрастает.

Сложные методологические проблемы возникают, например, в процессе развития современной генетики. Проблема взаимоотношения дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК)

---

[1] A. C. Drogendijk. Der kybernetische Krankheitsbegriff. Münch. med. Wschr., 1960, N 52.

и клетки, помимо биохимического аспекта, имеет и философский аспект. Суть последнего состоит в выяснении особенностей взаимоотношения ДНК как части клетки с клеткой в целом. При решении биологического аспекта данной проблемы необходимо руководствоваться важнейшим методологическим положением, согласно которому в сложной системе части, составляющие ту или иную систему, теряют свои автономные качества и свойства, подчиняясь закономерностям системы в целом.

Необходимость глубокого философского осмысливания современных достижений медицины обусловливается еще и острой идеологической борьбой двух различных социальных систем, проявляющейся в борьбе двух мировоззрений — материалистического и идеалистического. Выход советской медицины на широкую мировую арену, развитие контактов с представителями зарубежной медицины требуют качественного повышения методологического уровня и идейной подготовленности наших медиков. Современный уровень развития медицины, усиление борьбы буржуазной идеологии против передового материалистического мировоззрения с настоятельной необходимостью требуют покончить с беззаботностью по отношению к методологии медицины, проявляющейся у некоторых наших медиков.

Философский нейтралитет, философская обломовщина, как правило, ведут к тому, что научная продукция таких «нейтралов» чаще всего характеризуется нищетой обобщений, даже при наличии богатства экспериментальных и клинических фактов.

В этой связи следует указать на бытующее среди части медиков неправильное представление о взаимоотношении частных наук и философии. Согласно их взгляду, сферой влияния философии являются лишь общие теоретические положения той или иной частной науки. Заключив методологические функции философии в рамки общих положений конкретной науки, сторонники этого взгляда говорят о неприменимости философии к изучению частных, специфических проблем естествознания.

Такой взгляд является уступкой неопозитивизму, выступающему против «экспансии» философии, проповедующему, что всякая наука — «сама по себе философия». Гносеологической основой такого взгляда является противопоставление общего и специфического в процессе научного познания.

Конечно, общетеоретическая и специальная часть того или иного раздела медицины находятся в неодинаковой связи с философией. Если общетеоретические разделы медицины непосредственно связаны с философией, то частные, специальные разделы медицины находятся в более отдаленной и нередко

опосредованной связи с философией. В таких общих разделах патологии, как учение об этиологии, патогенезе, конституции, наследственности и т. д., философская проблематика органически переплетается со специально медицинской. Грань между философией и общетеоретическими разделами медицины относительна, так же как и грань между общетеоретическими и специальными разделами медицины.

Придавая большое значение роли философии в научном исследовании, нельзя в то же время переступать ту грань, которая отделяет научную философию от натурфилософии. Проявлением натурфилософии является такой подход ученого к познанию, когда на основе единичных фактов, изолированных от общего «фактологического контекста», делаются далеко идущие субъективистские выводы и обобщения. Кстати сказать, натурфилософские построения в настоящее время являются уделом узкой эмпирии и не имеют ничего общего с подлинно научной философией.

Натурфилософским пережитком является и такой гносеологический подход к фактам, когда они вопреки своей объективной логике подгоняются под априорно сконструированные теории и положения. Еще Лаплас вывел образ натурфилософствующего ученого, наделенного живой фантазией и жаждой познания «первопричины» изучаемых процессов. Натурфилософское мышление такого ученого ведет к тому, что он «открывает» искомую причину раньше, чем позволяют это сделать изучаемые факты. Факты, даже в случае их несоответствия с созданной априорной схемой, приносятся в жертву умозрительной схеме.

Выдающийся советский патолог акад. А. А. Богомолец, придававший большое значение методологической вооруженности медицинских кадров, писал, что «... пора, наконец, подумать о том, чтобы обеспечить подрастающее поколение врачей подлинно научной диалектически-материалистической методологией, пора показать им, что в патологии есть диалектика, что посредством диалектического анализа создаются подлинные научные ценности... Только тогда мы убережем их от беспочвенного, безграмотного скептицизма и сохраним им уверенность в том, что медицинская мысль в новом социалистическом обществе создает человечеству новую, здоровую, счастливую, красивую жизнь»[1].

Диалектический материализм далек от стремления подменить конкретные науки и конкретное изучение фактов и явлений. Его важнейшая задача состоит в том, чтобы мето-

---

[1] А. А. Богомолец. Пути исторического развития основных течений научной медицинской мысли с точки зрения диалектического материализма. Избранные произведения в трех томах. Т. 3. Изд. АН УССР, 1958, стр. 33.

дологически направлять ход конкретных исследований. «Во всякий момент требуется известное общее представление о предмете для того, чтобы было на что цеплять факты, для того, чтобы было с чем двигаться вперед, для того, чтобы было что предполагать для будущих изысканий»[1].

Не давая готовых истин в конкретном исследовании, диалектический материализм в то же время указывает единственно правильный путь научного познания и предостерегает от возможных идеологических, мировоззренческих заблуждений и ошибочных истолкований фактов. Давая общее направление научному исследованию, диалектический материализм сокращает путь к достижению истины. Как метко и образно заметил Джон Бернал, диалектический материализм больше относится к стратегии научного исследования, чем к его тактике. Действительно, диалектический материализм не является какой-то счетно-электронной машиной, нажатием на кнопку дающей готовый результат. Диалектико-материалистическая «методология, — говорил проф. А. Б. Шевелев, — это транспорт мысли, доставляющий ее к станции назначения кратчайшим путем».

Врач на каждом шагу своей деятельности сталкивается с диалектическим бытием. Законы диалектики проявляются в деятельности здорового и больного организма. В силу этого диалектику не нужно «навязывать» медицине, а нужно открывать, познавать ее в явлениях и процессах, изучаемых медициной. Нередко диалектика стихийно, без «согласия» самого врача врывается в его повседневную деятельность. Но то, к чему он приходит стихийно, в результате многих «проб и ошибок» при помощи диалектического материализма может прийти сознательно. «К диалектическому пониманию можно притти, будучи вынужденным к этому накопляющимся фактическим материалом естествознания; но его можно легче достигнуть, если к диалектическому характеру естественнонаучных фактов подойти с пониманием законов диалектического мышления»[2]. В этой связи нужно отметить, что многие медики пока еще следуют за стихийной диалектикой, «диалектикой, логикой самих фактов». «Должен сказать откровенно, — говорит заслуженный врач РСФСР В. И. Брагин, — что когда я начал анализировать работу врача с точки зрения диалектики, то сделал для себя открытие: оказывается, на протяжении сорока с лишним лет своей врачебной работы я, сам того не подозревая, мыслил диалектически».

Чтобы не уподобляться мольеровскому Журдену, с удивлением узнавшему, что он всю жизнь говорил прозой, меди-

[1] И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. III, М.—Л., 1951, стр. 90.

[2] Ф. Энгельс. Анти-Дюринг. Госполитиздат, 1957, стр. 14.

цинские работники должны глубоко усвоить и научиться творчески использовать методологию диалектического материализма, которая предохраняет от ненужной растраты творческих сил, теоретических блужданий и открытия «открытых» научных Америк.

Иногда задают вопрос, почему буржуазная медицина, открыто игнорирующая диалектический материализм, в некоторых отношениях идет впереди советской медицины, построенной на принципах диалектического материализма.

Следует сказать, что отдельные моменты взлета современной буржуазной медицины обусловлены тем, что, вопреки субъективно-идеалистическим симпатиям некоторых буржуазных медиков, она объективно опровергает идеализм и метафизику и стихийно становится на путь диалектического материализма. Буржуазные медики дают ценные работы лишь в той степени, в какой они хотя бы стихийно, интуитивно подходят к объективной диалектике, к основным принципам диалектического материализма. В этой связи нельзя не учитывать двойственность, противоречивость взглядов ряда крупных зарубежных ученых: с одной стороны, стихийный материализм и элементы диалектики в понимании частных, экспериментальных фактов, с другой стороны, идеализм и метафизика в построении общебиологических и медицинских концепций.

Например, Клод Бернар считал, что «исполнительные» органы зависят от физико-химических, материальных процессов, а «руководящие» органы зависят от духовных сил. В зарубежном естествознании и медицине часто встречается, говоря словами Г. В. Плеханова, весьма парадоксальное положение, когда чуть ли не все явления объясняются материалистически, а основная мысль материализма тем не менее отвергается как несостоятельная.

Стихийно-материалистические традиции в медицине обусловлены главным образом объективными факторами, так как практические успехи и достижения медицины не могут иметь своим исходным принципом ложные идеалистические и метафизические концепции. Не случайно Фейербах назвал медицину колыбелью материализма. Стихийно-диалектическое и стихийно-материалистическое мышление врачей, естествоиспытателей обусловлено и тем, что предмет их изучения является не только объективной реальностью (материей), но и такой реальностью, которая развивается диалектически.

Истинность любой науки в решающей степени зависит от применяемого ею метода научного познания. В данном случае мы имеем в виду не конкретные, специфические в каждой науке методики исследования, а общие принципы познания, даваемые той или иной философией — принципы, совокупность которых составляет методологию. Диалектико-материа-

листическая методология из многочисленного экспериментального материала, внешне кажущегося бессвязным нагромождением фактов, позволяет делать стройные, логически обоснованные выводы. Не конструировать те или иные логические схемы и подчинять им фактический материал, а извлекать выводы и теоретические принципы из достоверных фактов — важнейшее требование, предъявляемое ученым марксистской методологией.

Следует указать на ошибочность точки зрения, согласно которой методологией медицины считается учение о нервизме. Учение о нервизме — это естественнонаучная теория, лежащая в основе медицины. Научной методологией медицины является лишь диалектический материализм. «Вопрос о любой науке, — как справедливо говорит В. Д. Беляков, — это прежде всего вопрос о предмете и методе исследования, причем в единстве предмета и метода первичная роль принадлежит предмету, объекту (материи) исследования. Специфика любой науки определяется спецификой той объективной реальности, законы которой познает эта наука»[1].

Диалектико-материалистический метод познания исходит из учета качественного своеобразия изучаемого объекта, его специфических особенностей.

Периоды взлета и упадка, наблюдаемые в той или иной науке в разные исторические периоды, также зависят в конечном счете от применяемого метода научного познания.

Методологический кризис в конце XIX начале XX века охватил не только физику и химию, но и биологию и медицину. Одной из предпосылок кризиса естествознания, в том числе и медицины, было противоречие, возникшее между новыми эмпирическими данными, фактами, с одной стороны, и старым метафизическим, механистическим методом познания — с другой. Новые факты не вмещались в прокрустово ложе отживших себя метафизических и, в частности, механистических категорий и законов мышления. На рубеже XIX и XX столетий тормозом медицины явилась не столько концепция покоя, стабильности и качественной неизменности, сколько концепция механистически понимаемого развития и взаимодействия, наиболее полно проявившаяся во взглядах монокаузалистов в патологии.

Новые факты, накопленные естествознанием и медициной конца XIX — начала XX века, пришли в антагонизм с механистическим мировоззрением XVII—XVIII веков и требовали нового мировоззрения и научной методологии. Влить свежую струю в затхлую идейную атмосферу кризисного естествозна-

---

[1] В. Д. Беляков. Две концепции в эпидемиологии. ЖМЭИ, 1960, № 12, стр. 4.

ния мог лишь диалектический материализм. Не случайно В. И. Ленин в своей гениальной работе «Материализм и эмпириокритицизм», анализируя причины кризиса естествознания и пути его преодоления, указывал на необходимость овладения естествоиспытателями диалектическим материализмом как важнейшей предпосылкой выхода из кризиса.

Волна махизма, распространившаяся в то время, охватила и медицину. Эмпириокритицизм в области медицины вылился в специфическую форму кондиционализма. Являясь эклектиками, т. е. сочетая субъективный идеализм с метафизикой и механицизмом, кондиционалисты были не в состоянии обнаружить диалектическую взаимосвязь причины с условиями и возможность их взаимного проникновения. Преодоление кризиса, породившего кондиционализм и ряд других идеалистических течений в медицине, было возможно лишь на базе диалектического материализма.

Идейные шатания в области медицины в первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции также были обусловлены еще недостаточным внедрением диалектического материализма в научно-экспериментальные и теоретические исследования. Например, борьба между так называемым клиническим и лабораторным направлением касалась не каких-то частных вопросов патологии, а была отражением острой мировоззренческой борьбы. При невооруженности подлинно научной методологией и исходя из субъективной оценки значимости двух различных сфер эмпирии, представители этих направлений в своих теоретических обобщениях обречены были на колебание между механистическим материализмом и субъективным идеализмом.

Что, например, представляли собой призывы сторонников лабораторного направления — «долой клинику, назад в лабораторию»? По существу здесь проявлялся механицизм, отрицающий качественное своеобразие живого по сравнению с неживым. В этом призыве выражалось механистическое сведение всех жизненных, в данном случае патологических, явлений к физико-химическим закономерностям.

В лозунге сторонников так называемого клинического направления: «Назад из лаборатории в клинику, назад от микроскопа к койке больного!, проявлялась тенденция возрождения субъективно-идеалистических, интуитивистских методов изучения больного.

Медицина искусственно ставилась перед дилеммой: является ли больной предметом аналитико-микроскопического, физико-химического исследования или же он представляет собой субъект, при изучении которого должны быть приняты во внимание лишь личные, субъективные показания и переживания.

Все это явилось следствием методологической беспомощности некоторых медиков 20-х годов.

Идейно-методологической основой подобной путаницы было в конечном счете метафизическое противопоставление объекта и субъекта, объективных данных и субъективных показаний больного.

Диалектический материализм снимает подобную альтернативную постановку вопроса и исходит из признания тождества и различия объекта и субъекта. Совершенно очевидно, что объективные лабораторные данные и субъективные показания больного должны не противопоставляться, а дополнять друг друга.

До настоящего времени в медицине имеют место рецидивы метафизического и догматического образа мышления. Так называемые «перегибы», шатания из крайности в крайность — характерные для метафизики «да-да, нет-нет, что сверх того, то от лукавого» — встречаются и в настоящее время. Например, в борьбе против идеалистических и субъективистских течений в области физиологии и психологии И. П. Павлов вынужден был делать акцент на необходимость широчайшего внедрения объективных методов исследования. Но И. П. Павлов не отрицал и возможности применения в отдельных случаях методов самонаблюдения. Ряд же наших физиологов и психологов полностью отрицал метод самонаблюдения, отождествляя его с субъективизмом и идеализмом. Такой взгляд на метод самонаблюдения основан на одностороннем метафизическом подходе к данному вопросу.

Известно, что психическое представляет собой внутреннюю, интимную сторону физиологического процесса. Раз психика является внутренней, субъективной стороной объективного физиологического (нервного) процесса, то это должно реабилитировать, дать права гражданства и методу самонаблюдения. Физиологическое и психическое — это две стороны единой высшей нервной деятельности. Разумеется, объективный метод исследования является основным, ведущим. Метод же самонаблюдения является подчиненным и может применяться лишь в отдельных случаях. Неумение соблюсти диалектическую пропорцию в соотношении объективного метода исследования и субъективного, т. е. метода самонаблюдения, выпячивание последнего на первое место, недооценка или игнорирование объективного метода — прямой путь к всевозможным идеалистическим спекуляциям. Самонаблюдение всегда должно вестись под постоянным контролем объективных методов исследования.

Метафизическое мышление может породить застой в медицине. Действительно, иногда медицина достигает такого уровня, что возникает впечатление определенной завершенности ее

развития. В таких условиях метафизически мыслящие умы приходят к выводу, что медицина полностью исчерпала свои познавательные возможности, что она открыла все подлежащее изучению. Такое мнение, например, было распространено после выхода в свет «Целлюлярной патологии» Рудольфа Вирхова. Даже в современной медицине имеют место метафизические рассуждения о перспективах развития анатомии. Некоторые считают, что анатомия уже сказала свое последнее слово, что здесь достигнута «абсолютная истина в последней инстанции» и т. д. Но подобный взгляд является статическим и метафизическим. Эволюция живого, являясь необратимым процессом, бесконечна. Поэтому бесконечно изменение и совершенствование анатомии человека и животных. Морфологи в своих исследованиях обнаруживают новые неизвестные глубины неведомого. Стабильность, неизменность знаний в той или иной области науки является лишь кажущейся.

В развитии медицины, как и в развитии любой другой науки, может наступить так называемая болезнь роста. Суть ее заключается в том, что масса фактов и открытий затрудняет не только правильное понимание вновь открытых явлений, но и многих старых фактов, которые на протяжении длительного времени казались неопровержимыми и легко объяснимыми. Подобная «болезнь роста» чаще всего находит свое практическое выражение в противоречии, возникшем между новыми фактами и старыми односторонними гипотезами и теориями. В наши дни, когда сами факты говорят языком диалектики, преодоление «болезни роста» возможно лишь на базе диалектического материализма, исходящего из принципа постоянного восходящего развития путем разрешения противоречий. Данная «болезнь роста» находит свое объяснение в том, что содержание любого процесса и явления, как правило, обгоняет в своем развитии присущую ему форму.

При помощи диалектического материализма преодолевается та диспропорция, которая возникает между быстро растущими фактами и старыми односторонними теориями. По аналогии с наследственностью и изменчивостью можно сказать, что если факты имеют тенденцию к постоянному развитию, то отдельные теории имеют тенденцию к застою, неизменности. По мере роста медицинских знаний это гносеологическое противоречие должно постоянно разрешаться.

Диалектический материализм является тем познавательным инструментом, который позволяет свободно ориентироваться в массе часто разноречивых и противоречивых фактов.

Почти на протяжении всей истории медицины шел жаркий спор о характере и назначении медицины, причем этот спор велся вокруг альтернативно поставленного вопроса: что представляет медицина — науку или искусство? По существу

этот спор представлял собой проявление в специфической медицинской форме вековой борьбы между эмпиризмом и рационализмом.

Своими истоками медицинский эмпиризм и рационализм уходят в древнегреческую медицину. Эмпиризм в Древней Греции был представлен Косской школой, а рационализм — Книдской школой.

Если эмпирики рассматривали медицину как искусство и ремесло, для которого вполне достаточно элементарных анатомических данных и наблюдений у постели больного, то рационалисты важнейшее и почти единственное место отводили медицинским гипотезам, всевозможным теоретическим дедукциям, пренебрегая опытом, наблюдениями.

Рассматривая медицину как ремесленное искусство, эмпирики противопоставляли ее всем остальным ветвям естествознания. Являясь искусством, медицина якобы пользуется научным естествознанием лишь как вспомогательным средством. Неприменимость философского мышления в медицине эмпирики объясняли тем, что как сама медицина, так и формы ее мышления формировались в особых условиях — у постели больного, а не на фоне самой природы и не в лаборатории. Очень часто эмпиризм перерастал в интуитивизм и идеализм. Например, Зауэрбрух говорил, что мышление врача должно избегать принципа причинности и строиться на интуиции, оно должно быть телеологическим.

Другими словами, на основе метафизики этот спор не может быть разрешен. Только диалектический материализм впервые научно разрешил вопрос о характере медицины. По существу вопрос о соотношении элементов искусства и науки в медицине является вопросом о соотношении практики и теории. Как теория и практика находятся в неразрывном диалектическом единстве, так и элементы искусства и науки в медицине представляют собой две стороны единого целого.

«Теоретическая медицина есть медицина объяснительная и направительная, практическая медицина — это медицина действующая и исполнительная. Первая содержит законы и разрабатывает метод рассуждения о болезни; вторая содержит правила и разрабатывает метод действия при болезни. Обе ее стороны должны находиться в брачном союзе. Если практика возбуждает теорию к жизни, так сказать питает ее, то теория дисциплинирует и формирует врачебное искусство, дает ему силу и власть действовать.

Теория и практика науки связаны генетически и органически. Связь эта тем очевиднее, чем совершеннее наука»[1]. Если

---

[1] Н. А. Митропольский. Введение к систематическому изложению болезней человеческого организма. М., 1889, стр. 2.

теоретическая медицина оплодотворяет и одухотворяет врачебную практику, врачебное искусство, то последнее ставит определенные задачи и предъявляет ряд требований к теоретической медицине.

Научная теоретическая медицина представляет собой концентрированную врачебную практику и врачебное искусство. Медицинскую теорию и искусство врачевания нельзя отрывать и противопоставлять друг другу.

Иногда в своей научно-экспериментальной работе врач доходит лишь до подытоживания новых фактов. Но подытоживание и непосредственные выводы из частных фактов - это лишь один из начальных этапов научной деятельности. Подлинная наука требует обязательного перехода от подытоживания фактов к широким синтетическим обобщениям. Но сделать широкие теоретические обобщения, объединить единой мыслью массу разноречивых фактов может лишь философски образованный ум. Овладение диалектическим материализмом позволяет подняться намного выше описательного эмпиризма и открыть то общее, закономерное, что связывает воедино самые противоричивые явления. «Наука, — говорил Гегель, — не должна обольщаться кажущейся разрозненностью предметов природы. Она должна стараться узнать то единство, которое скрыто за этой кажущейся разобщенностью».

В самом деле, очень часто при разных заболеваниях встречаются аналогичные симптомы. Например, энцефалит и туберкулезный менингит сопровождаются рядом аналогичных симптомов (температура, повышенный лейкоцитоз, бредовое состояние и т. д.). Часто же одинаковые заболевания у разных людей имеют разные симптомы. Следовательно, между внешним проявлением болезни, ее симптоматологией и внутренним поражением органов и систем нет механического соответствия, так как один и тот же пораженный орган может быть причиной самых разнообразных симптомов и, наоборот, один и тот же симптом может быть следствием поражения различных органов и систем.

Для определения существа болезни в подобных случаях необходимо применение сложного диалектического анализа и синтеза, учитывающих несовпадение между формой и содержанием, явлением и сущностью, причиной и следствием, необходимостью и случайностью и т. д.

Диагноз болезни должен строиться на прочной диалектико-материалистической основе с применением важнейших законов и категорий философского мышления, на основе критического анализа всех симптомов, данных объективного исследования, анализов, заключений, наблюдений, субъективных ощущений, условий жизни и труда больного. Без применения

хорошо отточенного диалектического метода мышления врач рискует на любом этапе диагноза стать на ошибочный путь субъективизма и односторонности.

Повседневная практика со всей очевидностью говорит о том, что если врач не владеет диалектическим материализмом, то факты начинают владеть им и толкать его на путь односторонних поверхностных, субъективистских выводов, что при определенных условиях является благодатной почвой для формирования идеалистических выводов и заключений.

Задача любой науки, в том числе и медицины, не должна ограничиваться выявлением, констатированием и описанием фактов. Факты — это лишь часть медицины. Содержание медицины как науки гораздо шире ее фактологии. «Знание, — как говорил Клод Бернар, — заключается не в фактах, а в следствиях, которые из них вытекают».

Важнейшей задачей медицины является выявление логической и генетической связи между разрозненными фактами, их обобщение и систематизация. Эту важнейшую задачу медицина может успешно выполнить, лишь руководствуясь диалектическим материализмом, надежнейшим орудием в познании истины.

Возникнув раньше ряда естественных наук (биология, физика, химия и т. д.), медицина тем не менее находится в большой зависимости от них. Часто биология, физика, химия являются для медицины не только поставщиками фактов, аппаратуры и т. д., но и омертвляющих или же неоплодотворяющих медицинскую мысль гипотез, идей, теорий. Развиваясь на биологическом и физико-химическом фундаменте, медицина не может не испытывать влияния той ожесточенной идеологической борьбы, которая происходит в данных науках. Например, всевозможные виталистические, преформистские и тому подобные теории, возникнув в биологии, затем «перекочевывали» в область медицины и приняли специфическую окраску. Всевозможные механистические теории, возникнув в науках о неорганической природе, также в последующем были перенесены в медицину.

В биологической и медицинской науках в большей мере, чем в науках о неорганической природе, перекрещиваются вопросы, имеющие прямое отношение к идеологической и политической борьбе классов и партий. Этим прежде всего и объясняется острый характер идеологической борьбы в медицине.

Закономерности развития организма как в норме, так и в патологии отражаются в сознании врачей не прямо, механически, а весьма сложно и противоречиво. Процесс познания преломляется через призму социальных интересов врача, определяется его положением в обществе. К объективному содержанию медицинских знаний часто примешивается субъек-

тивно-классовый момент, так как любые знания проходят обязательную предварительную переработку в сознании врача, а его сознание — сознание человека классового общества. «Индифферентность естественных и медицинских наук (в естественнонаучной части) относительно судьбы классов не исключает того, что сами общественные классы не безразличны по отношению к этим наукам и накладывают на них печать своих классовых интересов»[1]. Чем сильнее изучаемая проблема затрагивает классовые симпатии и антипатии, тем тенденциознее эта переработка. Например, такая внешне «аполитичная» теория, как гуморальная, таит в себе политически заостренное жало. На исходе своего существования (в конце XIX века) гуморализм был использован теоретиками расизма. Кровь, по мнению некоторых сторонников гуморальной теории, лежит в основе положительных или отрицательных свойств организма. «Благородная кровь» аристократических классов якобы обусловливает появление физически и духовно здоровых людей — верхушки эксплуататорского общества. Так называемая дурная кровь лежит в основе появления «низшей породы» людей, фатально предрасположенных к различным заболеваниям.

Даже такой факт, как существование различных групп крови, истолковывается учеными в зависимости от их мировоззрения и политических устремлений. Если материалист по мировоззрению и сторонник прогрессивного направления в политике истолкует существование различных групп крови как результат влияния всего комплекса окружающих условий и т. п., то идеалист и реакционер используют этот факт для оправдания расистских теорий.

Только на основе диалектического материализма можно вскрыть социальные и гносеологические корни идеализма и показать его полную несостоятельность. В то же время диалектический материализм предостерегает от таких односторонних взглядов, согласно которым идеалистические теории в медицине якобы представляют стопроцентную ложь. Всегда нужно помнить слова В. И. Ленина, который говорил, что любая идеалистическая теория вырастает на здоровом дереве человеческого познания. Любая идеалистическая теория в конечном счете вырастает из тех или иных реальных фактов, взятых из жизни. Если бы дело обстояло иначе, то идеализм лишился бы своей почвы и не имел бы относительно широкого распространения в буржуазном мире. Например, исходя из вполне объективного, реального факта относительной целесообразности строения и функций организма, относительной

---

[1] Ф. Виды-Вирски. Об основных проблемах истории медицины. Медгиз, 1961, стр. 40.

целесообразности воспалительного, регенеративного процессов, иммунитета организма и т. д., путем непомерной переоценки, абсолютизации и универсализации этих реальных фактов идеалисты создали всевозможные виталистические и неовиталистические, телеологические и неотеологические теории в биологии и медицине. Исходя из реального факта качественного отличия живого от неживого, идеалисты абсолютизируют этот факт и приходят к полному противопоставлению органической и неорганической природы.

Механицисты же в области биологии и медицины, исходя из реального факта взаимосвязи органической и неорганической форм движения материи, приходят к полному стиранию качественного отличия живого от неживого. Не случайно они определяют жизнь как прикладную физику и химию.

Если интерпретация фактов и научных открытий находится в зависимости от мировоззрения и политических устремлений ученых, то практическое применение медицинских открытий обусловлено характером социально-политического строя. Например, еще в 1908 г. П. Эрлихом в лаборатории химического концерна Фарбениндустри было синтезировано такое целебное средство, как стрептоцид. Но с момента открытия стрептоцида до времени его широкого практического использования прошло около 30 лет. Только перед началом второй мировой войны, в 1938 г. он поступил в продажу. При этом поступление стрептоцида в продажу было ускорено потому, что французские и другие фирмы к тому времени сами раскрыли секрет синтеза этого лечебного препарата. Имея в своих руках массу произведенных, но не распроданных малоэффективных лечебных средств, фирма Фарбениндустри была не заинтересована в поставке стрептоцида на рынок. Известно также, что выходом в свет в 1914 г. книги американского ученого Нашера «Гериатрия» датируется начало новой отрасли медицины. Но трудовая дискриминация лиц свыше 40 лет, отсутствие должной заботы о людях пожилого и старческого возраста привели к тому, что гериатрия в США лишилась стимулов развития. Медицина прошлого и настоящего находится на рубеже между естественными и общественными науками, так как она изучает не просто человека как абстрагированную от окружающих условий особь, а человека, живущего в определенных социально-экономических условиях, оказывающих на него решающее влияние. Окружающая внешняя среда оказывает то или иное (губительное или оздоровляющее) влияние на человеческий организм, предварительно преломившись через социально-экономические условия общества. «Человек живет в обществе, влияние которого на его характер и привычки бесконечно сильнее непосредственного влияния природы», — говорил Г. В. Плеханов.

Исходя из сказанного, можно сделать вывод, что определение медицины, даваемое некоторыми авторами, как науки о больном является очень узким и односторонним. Подобное определение может быть отнесено лишь к части медицины, так как подлинная медицина является не столько наукой о больном индивидууме, сколько наукой об оздоровлении всего общества. Последнее определение является научно правильным и полностью согласуется с основной линией Коммунистической партии в области социалистического здравоохранения (широкая профилактика). В этой связи нельзя не вспомнить известный афоризм, который гласит, что самая благородная задача медицины состоит в ее стремлении в будущем сделаться излишней.

Определение медицины как науки о больном с методологической точки зрения является механистическим, так как это определение не вскрывает качественного отличия медицины от ветеринарии. «Медицина не только количественно, но и качественно отличается от ветеринарии. Вот почему медицина должна учитывать не только зоологический, но и социологический коэффициент человека»[1].

История медицины и все ветви современной медицины и здравоохранения должны быть поставлены на гранитную основу диалектического и исторического материализма, единственно научную методологию и мировоззрение всех наук. В свою очередь перед философами стоит задача конкретной разработки диалектического и исторического материализма с соответствующим их преломлением в медико-биологической проблематике. Возникает совершенно новая задача расширения круга диалектических категорий, их конкретизации применительно к явлениям и процессам медицины и здравоохранения.

Следовательно, диалектический материализм является единственно научным общим методом познания важнейших проблем биологии и медицины. Лишь овладев марксистско-ленинской философией, можно получить цельный научный взгляд на окружающий мир и в соответствии с ним правильно ориентироваться в конкретных областях медико-биологической науки.

Необходимость глубокого диалектико-материалистического осмысливания современных достижений медицины обусловливается и острой идеологической борьбой двух систем, выражающих противоположность двух мировоззрений — материалистического и идеалистического

---

[1] С. Я. Вольфсон. Диалектический материализм и медицина Минск, 1929, стр. 50.

ГЛАВА III

СООТНОШЕНИЕ ЗАКОНОВ ДИАЛЕКТИКИ С ЗАКОНАМИ И ПОНЯТИЯМИ МЕДИЦИНЫ

§ 1. Понятие закона в философии и медицине

Всякий закон выражает объективную, внутреннюю, существенную, необходимую и в определенных условиях повторяющуюся связь между телами, явлениями и процессами. Ф. Энгельс говорил, что «форма всеобщности в природе — это закон...»[1].

В законах медицины отражается необходимая взаимосвязь и взаимообусловленность физиологического и патологического состояния человеческого организма с окружающей его средой, а также взаимосвязь различных органов и систем организма. Всякая болезнь, как указывал И. П. Павлов, характеризуется наличием двух взаимосвязанных процессов — повреждения и компенсации, патологического и защитно-физиологического. Не случайно некоторые авторы (А. П. Касаткина, О. С. Глозман) называют эти процессы основным патогенетическим законом. В самом деле, данные процессы отвечают всем требованиям, предъявляемым к законам. Процессы повреждения и компенсации объективны, независимы от воли и сознания человека. Далее они являются всеобщими, т. е. сопровождают все без исключения заболевания как соматического, так и психического характера. Эти процессы необходимы, они обязательно возникают при патологическом состоянии любого организма.

Характерной особенностью законов медицины является то, что они выражают определенную последовательность возникновения и развития нормальных и патологических явлений и

[1] Ф. Энгельс. Диалектика природы. Госполитиздат, 1955, стр. 186.

процессов. В частности, этиология и патогенез заболевания выражают закономерный характер возникновения, развития и исхода данной болезни. Смена основных этапов развития болезни (латентный, продромальный, клинически выраженной болезни и завершающий) также носит не случайный, а закономерный характер.

Познавая законы медицины, врач тем самым познает сущность болезни. В. И. Ленин определял закон как «существенное явление», как «отношение сущностей или между сущностями» [1].

В своей научной и практической деятельности врач должен в то же время учитывать, что законы медицины, как и другие законы, раскрывают сущность болезни лишь в самых общих, «типовых» чертах. Болезнь того или иного человека богаче, многограннее, шире закона развития и течения данной болезни, выраженного в той или иной нозологической единице. «Закон, — говорил В. И. Ленин, — есть отражение существенного в движении универсума». Законы вообще и законы медицины в частности отражают лишь общие, необходимые и повторяющиеся черты и свойства. В законах медицинской науки не отражаются индивидуальные, специфические, «неповторимые» особенности течения болезни у отдельного человека.

Правда, нередко к незакономерному относят весьма узкие, ограниченные в диапазоне своего проявления свойства и особенности болезни, которые в дальнейшем также оказываются закономерными. Поэтому перед медициной стоит задача познания не только общих закономерностей, но и закономерностей так называемых исключений, случаев казуистики и т. д. «Природа, — говорит А. Д. Сперанский, — не знает исключений, незакономерных актов. То, что мы числим под рубрикой исключений, свидетельствует лишь о неполноценности знаний в каждый данный момент» [2].

Законы медицинской науки отличаются друг от друга по степени общности, степени и диапазону охвата. В этой связи можно выделить общие, особенные и частные законы медицины. Общие законы — это постоянные связи, присущие развитию всех болезней, особенные — развитию той или иной группы болезней, а частные — конкретизированные условиями специфических форм развития отдельных болезней; последние — это нередко законы «исключений».

Но было бы неправильно противопоставлять общие, особенные и частные законы медицины, так как они в действи-

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 38, стр. 141—142.

[2] А. Д. Сперанский. Выступление на дискуссии по книге А. Д. Сперанского «Элементы построения теории медицины», декабрь 1936 г. Архив биологических наук, 1936, т. 46, в. 2—3, стр. 119.

тельности тесно связаны друг с другом. Частные законы в конкретных условиях физиологического и патологического состояния организма отражают общие закономерности.

Особенные законы отражают черты и свойства развития такого ряда физиологических и патологических процессов, каждый из которых, имея конкретное специфическое выражение, характеризуется вместе с тем определенной степенью общности в рамках данного круга явлений.

Таким образом, каждое единичное явление имеет характерные, постоянные, общие с другими патологическими явлениями стороны. Эти общие стороны и характеристики отношений могут иметь место у всех болезней. В этом случае мы имеем дело с общими законами медицины. Но они могут быть общими лишь для определенной родственной группы нозологических форм — это уже особенные законы. А те характерные, специфические черты патологических механизмов, связей и отношений, которые свойственны только отдельным нозологическим формам, можно назвать частными законами медицины.

В этой связи нужно указать на ошибочность дилеммы: лечить надо больного, а не болезнь; лечить надо болезнь, а не больного. Эта дилемма построена на метафизическом отрыве и противопоставлении общего и единичного, общих и частных законов развития болезни. Надо лечить человека с его болезнью путем общего воздействия на организм и применять специфическую терапию.

Занимая пограничное положение между естественными и общественными науками, медицина тем самым непосредственно связана с изучением биологических природных и социальных закономерностей. В частности, в последнее время все глубже раскрывается сущность закономерных связей между космическими (годичными и дневными) ритмами и смертностью. В. Циран[1] указывает, что среднегодовая кривая смертности людей достигает максимума в феврале и минимума в июне — сентябре. В свою очередь смертность от туберкулеза и некоторых других болезней чаще наблюдается в утренние часы.

Важнейшей задачей современной медико-биологической науки является познание и овладение основными закономерностями нормального и патологического развития организма. Известный ученый-педиатр А. А. Кисель говорил, что «нужно прежде всего знать..., как вообще протекают болезни, т. е. надо прежде всего знать естественное течение болезни... Мы должны изучить законы течения болезней; только тогда мы сможем

---

[1] W. Cyran. Der Phythmus der Sterblichkeit. Kosmos, 1953, N. 8, S. 364—366.

научиться изменять их в благоприятную для больного сторону»[1].

Изменение наследственности, в частности, является закономерным процессом. Познание и использование законов наследственности предоставит реальную возможность управления жизнедеятельностью организма в нормальном и патологическом состоянии. Путем использования приспособительных форм изменчивости, обусловленных изменением окружающей среды, Н. А. Гайскому удалось получить разновидность туляремийного микроба. Последний был использован в качестве вакцинного штамма для получения живой вакцины против туляремии. Созданная таким путем вакцина способствует возникновению у человека так называемого абсолютного иммунитета. Выдающиеся медики и биологи познание законов жизни рассматривали как важнейшее средство наступления на болезни, как средство углубления наших знаний о природе. Критикуя американского психолога Вудворса, И. П. Павлов говорил: «Надо не описывать явления, а вскрывать законы их развития. Из одних описаний никакой науки не выходит»[2]. Даже Р. Вирхов в первый период своей научной деятельности, когда он в основном стоял на позициях стихийного материализма, исходил из признания объективности законов. «Абсолютно куда мы ни взглянем, — говорил Р. Вирхов, — повсюду — причинность, необходимость, закономерность»[3].

Изучая законы медицины, врач всегда должен учитывать принцип специфичности проявления законов в зависимости от характера изучаемых явлений, от особенностей изучаемой формы движения материи, так как специфика медицинских закономерностей определяет и специфику исследования. Исходя из этого, нельзя механически переносить экспериментальные данные с животного на человека и наоборот.

Если в законах механики, например, устанавливают точную, математически выраженную зависимость и взаимосвязь между изучаемыми явлениями, то законы медицины и биологии пока еще невозможно выразить в точных математических формулировках. Но по мере прогресса с углублением наших знаний от сущности первого порядка к сущности второго порядка и т. д. возможность точных количественных характеристик изучаемых законов будет все более возрастать.

Подразделяя законы на общие, особенные и специфические (частные), нужно в то же время исходить из признания отно-

---

[1] Цит. по Э. М. Конюсу. А. А. Кисель и его школа. М., 1949, стр. 19.

[2] И. П. Павлов. Сочинения. Т. II (Павловские среды). Изд. АН СССР, 1949, стр. 514.

[3] Р. Вирхов. Жизнь и болезнь. Четыре речи, произнесенные в 1858—1862 гг. М., 1960.

сительности подобного подразделения, их взаимосвязи и единства. Единство и общность законов обусловлены единством материального мира, в частности единством нормальных и патологических процессов жизнедеятельности организма.

В свою очередь законы медицины по отношению к законам диалектики являются специфическими, частными. Как в единичном проявляется природа общего, так и в законах медицины проявляются особенности общих диалектико-материалистических законов. Ниже мы рассмотрим некоторые особенности проявления основных законов диалектики в медицине.

Большое значение в практической и теоретической деятельности врача имеет умелое применение законов и категорий материалистической диалектики. Отражая наиболее общие моменты объективной связи и развития, законы и категории диалектики ориентируют мышление врача в единственно верном направлении, ускоряют и сокращают путь познания истины.

§ 2. Особенности проявления закона единства и борьбы противоположностей в медицине

Основным законом материалистической диалектики, ее ядром является закон единства и борьбы противоположностей. Он вскрывает и объясняет внутренний источник развития (источник саморазвития, самодвижения) предметов, явлений, процессов вообще и живого организма в частности. Методологическое и мировоззренческое значение данного закона применительно к медицине состоит в том, что, отвергая механистические и виталистические теории развития организма (в норме и патологии), он нацеливает исследователя на отыскание внутренних материальных причин развития здорового и больного организма.

Движущие силы развития живого организма заключены в противоречивом единстве организма с условиями его жизни, т. е. с комплексом элементов окружающей среды, более или менее соответствующих фило- и онтогенетическим особенностям и потребностям живого организма.

Окружающая среда не прямо и не непосредственно изменяет наследственную основу организма, а путем сложного и опосредованного изменения его генетической конституции. Связь между изменением наследственности и изменением окружающей среды является весьма опосредованной: между указанными компонентами существуют многочисленные промежуточные звенья в виде сложных обменных процессов.

Было бы неправильно, как это делают некоторые авторы, взаимоотношение организма и среды рассматривать как внешнее противоречие. В самом деле, если под средой понимаются необходимые условия для сохранения и поддержания сложившегося типа обмена веществ, выработанного в процессе фило- и онтогенеза, то подобная среда и организм должны рассматриваться как две стороны состояния единой внутренней противоречивости.

Еще Гегель рассматривал внешнее как инобытие внутреннего. Внешнее проявляется через посредство внутренних интимных механизмов обмена веществ. То, как организм «включается» в природу, — это то, как он «включает» природу в себя. Каждый момент «внешних» отношений есть в то же время внутреннее, существеннейшее в организме. Здесь каждое мгновение внутреннее осуществляется лишь в связи с внешним.

Противоречие между организмом и средой как источник саморазвития организма выступает в форме интимнейшего внутренне противоречивого единства ассимиляции и диссимиляции. На основе этого главного противоречия организма образуются производные противоречия — между обновлением отдельных элементов и старением живой системы в целом, между физиологическими изменениями и относительной морфологической неизменностью, между физиологическим и патологическим, здоровьем и болезнью, генотипом и фенотипом и т. д.

Как в онтогенетическом, так и в филогенетическом, историческом развитии организма противоречие между ассимиляцией и диссимиляцией выступает в форме противоречия между изменчивостью и наследственностью. В животном мире это противоречие обусловливает возникновение и совершенствование новых видов.

В окружающую среду человека, помимо природного элемента, входит и социальный элемент, оказывающий решающее влияние на развитие человека. Современный человек развивается как социальное существо. Поэтому влияния природной среды опосредуются через широкий комплекс социально-экономических условий. «Широкая столбовая дорога человеческого прогресса проходит сейчас не через биологическое развитие индивидуальной человеческой личности, а через совершенствование его общественной жизни, через прогресс социальной формы движения материи» [1].

Если человек как представитель вида Homo Sapiens завершил свою биологическую эволюцию, то это не значит, что

---

[1] А. И. Опарин. Философские проблемы современного естествознания. Изд. АН СССР, 1959, стр. 583.

организм человека не подвержен индивидуальной внутривидовой изменчивости. Формой разрешения противоречия между человеческим организмом и средой является, например, биологическая адаптация человека. Д. А. Бирюков считает, что следствием биологической адаптации человека является, например, изменчивость микрофлоры нашего тела и соответствующих приспособлений организма к этим изменениям, т. е. эволюция иммунных качеств организма, и т. д.[1].

Современная биохимия позволяет раскрыть тот материальный субстрат, который лежит в основе противоречивого развития живого организма. Противоречие динамического и консервативного в обмене веществ в большей мере определяется особенностями строения и обмена прежде всего двух соединений — белков и нуклеиновых кислот. При этом в основе изменчивости и пластичности лежат такие факторы, как изменчивость белков, их исключительная вариабильность и способность взаимодействовать почти со всеми встречающимися в организме соединениями, многообразие путей превращений в организме одних и тех же веществ.

Консервативность же обмена определяется постоянством качественного аминокислотного состава; несмотря на все многообразие белков, в их составе обнаруживается, как правило, всего около 20 отдельных аминокислот.

Медицина как наука, преследующая цель предупреждения и лечения болезней человека, также развивается на основе разрешения внутренних противоречий. Основным же противоречием медицины, видимо, является противоречие между закономерностями биологической жизнедеятельности человека и теми конкретными социально-экономическими условиями и возможностями, от которых зависит отправление его важнейших жизненных функций.

Одним из важнейших противоречий медицины, а следовательно, и одним из источников ее развития является противоречие между знанием сущности болезни, знанием в общем виде большинства патологических процессов и отсутствием знаний конкретных механизмов возникновения болезни и ее лечения.

Знание сущности болезни позволяет заниматься ее профилактикой; для лечения же необходимо иногда знание индивидуальных механизмов, так как известно, что то, что является действенным для одного больного, может быть неэффективным при той же болезни для другого больного.

Данное противоречие вскрывает лечебно-профилактический аспект основного противоречия медицины.

---

[1] Д. А. Бирюков. Основные философские проблемы эволюционной физиологии высшей нервной деятельности. М., 1962, стр. 54.

На основе указанного противоречия медицины вырастает ряд других противоречий, к числу которых можно отнести противоречие между бурно растущим клиническим и экспериментальным материалом и некоторыми устаревающими медико-биологическими теориями и гипотезами и т. д. Одно из важных противоречий развития медицины состоит в том, что она, «начиная с глубокой древности и до наших дней, характеризуется противоречием между ограниченностью знаний, без которых нельзя создать достаточно обоснованную и эффективную терапию, и настоятельной необходимостью неотложных действий у постели больного, которому надо как можно скорее помочь, пока болезнь не приняла хроническое, а подчас и необратимое течение» [1]. Так как возможности предупреждения и лечения болезней зависят в конечном счете от характера общественного строя, от уровня развития техники, науки и культуры, то отсюда следует вывод о решающей роли социального фактора в развитии медицинской науки и практики.

Поведение живого организма также представляет собой диалектическое единство противоположностей. В этой связи И. П. Павлов говорил, что «полное поведение животного складывается из балансирования тормозного и раздражительного процессов, причем эти процессы при всей их противоположности являются как бы двумя половинами одной нервной деятельности». «Балансирование» двух противоположностей — возбуждения и торможения — обеспечивает адекватное приспособление организма к окружающим условиям. Нервная система находится под постоянной бомбардировкой многочисленных внешних и внутренних раздражителей. Если бы организм одинаково автоматически реагировал на всю массу раздражителей, то он очень скоро подвергся бы разрушению и гибели. Но благодаря наличию противоположного процесса — торможения — организм реагирует лишь на биологически и жизненно важные раздражители; остальные же раздражители как бы нейтрализуются.

В силу диалектически противоречивой природы высшей нервной деятельности в ней всегда происходят процессы анализа и синтеза, образования «жизненного стереотипа» и его разрушения, борьбы и взаимодействия врожденного и приобретенного и т. д.

Все процессы и отправления организма представляют собой либо наглядное, либо скрытое проявление закона единства и борьбы противоположностей.

Недостаточное знание диалектического материализма, неумение применить закон единства и борьбы противоположно-

[1] Л. Н. Карлик. Энгельс и медицина. Клиническая медицина, 1960, № 2, стр. 11.

стей в научном исследовании приводят некоторых ученых к одностороннему взгляду на эволюцию организма лишь как на прогрессивный процесс. На самом деле эволюция является весьма сложным и противоречивым процессом. Кроме того, прогрессивной эволюции одних организмов может противостоять регрессивная эволюция других. Утверждение о существовании только прогрессивной эволюции является близким к виталистическому взгляду на данный вопрос. Признавая абсолютную целесообразность в развитии живой природы, виталисты отрицают обратное, т. е. регрессивное, развитие, так как последнее отрицает так называемую абсолютную целесообразность в развитии форм и функций живой природы.

Нужно иметь в виду, что даже один и тот же организм в процессе эволюции может сочетать линию прогрессивного и регрессивного развития. Часто усовершенствование организма в целом сопровождается деградацией отдельных клеток, органов и т. д.

Восхождение живого существа по филогенетической лестнице ведет в целом к совершенствованию органов, систем и их функций. Но наряду с прогрессивным процессом происходит и противоположный процесс — ослабление регенеративных способностей органов, тканей и клеток. Низшие живые существа обладают бóльшими регенеративными способностями. Например, если разрезать гидру на части (на несколько сот), то из каждой части может вырасти новая гидра. Разумеется, и в данном случае нет абсолютной реституции. Но положение меняется, когда живое существо доходит до высшей ступени филогенетической лестницы.

Регенеративные способности тканей и систем высокоразвитых живых существ менее значительны. В данном случае имеется в виду не физиологическая регенерация, которая не утрачивается и у высокоразвитых организмов (например, замена отработанных клеток крови, замена дефектов эпителия и т. д.). В данном случае имеется в виду патологическая регенерация.

Почему же наряду с прогрессивной эволюцией высших животных происходит противоположный процесс — некоторое угасание регенеративных способностей? На этот вопрос до последнего времени отвечали с точки зрения закона биогенетической рекапитуляции. Коротко суть этого закона сводится к следующему: чем сложнее организм, чем выше он по уровню филогенетического развития, тем ниже его регенеративные способности. Между уровнем развития организма, степенью его сложности, с одной стороны, и регенеративными способностями — с другой, наблюдается обратная зависимость. С точки зрения данного закона, чем ниже организм по уровню развития и степени сложности его строения, тем обособленнее

его органы и клетки. У высокоразвитых же живых существ та или иная группа клеток выполняет определенную функцию. В этом случае отдельные клетки лишаются былой самостоятельности и значительно теряют способность создавать себе подобные клетки. Этим и объяснялось наличие относительно полной регенерации у низших и ослабленность ее у высших животных и человека.

Следовательно, эволюция представляет собой диалектическое единство двух противоположных и взаимосвязанных процессов — прогресса и регресса. Ведущей стороной в противоречивом эволюционном процессе является прогрессивное, поступательное развитие. Регресс же относителен и имеет подчиненный характер. «Прогресс эволюции органов сопровождается всегда явлениями регресса: когда определенный орган изменяется прогрессивно, то некоторые части его, которые оказываются не приспособленными к изменившимся условиям существования, дегенерируют и заменяются новыми особенностями, нужными при новых условиях, в этом и состоит прогресс приспособления... частичный регресс является процессом, обычно сопровождающим морфологические прогрессивные изменения» [1].

В настоящее время работами советских и зарубежных исследователей в проблему регенерации тканей высших животных внесено много нового. В частности, поставлены под сомнение некоторые положения закона «обратной пропорциональности между способностью тканей к регенерации и степенью их дифференцировки».

Например, экспериментами А. Н. Студицкого доказана способность к регенерации таких высокодифференцированных тканей, как поперечнополосатые мышцы. Доказывается, что процессы регенерации в известной степени могут происходить и в дифференцированных и специализированных органах и тканях. Далее подвергается сомнению «правило сохранения специфичности тканей», т. е. то, что размножающиеся клетки образуют ткань, из элементов которой они происходят, и т. д.

Все это не отрицает диалектического по своему существу положения, согласно которому по мере усложнения органов и тканей у высших животных происходит и противоположный процесс — известное угасание регенеративных способностей.

Результатом методологической беспомощности является возникновение ряда односторонних, метафизических теорий воспаления. На протяжении длительного времени в медицине боролись взаимоисключающие теории воспаления. Некоторые рассматривали воспалительный процесс лишь как отрицательный и вредный процесс. Другие, наоборот, считали, что воспа-

---

[1] А. Н. Северцов. Эволюция и психика. М., 1922, стр. 13.

ление является во всех случаях положительным, полезным процессом. В действительности же воспаление — это сложный и противоречивый процесс. Один и тот же воспалительный процесс может быть и защитным и повреждающим. В зависимости от состояния организма и факторов, породивших воспалительный процесс в нем, может преобладать либо одна, либо другая сторона. Не может быть абсолютно полезных или абсолютно вредных воспалительных реакций. Одна и та же воспалительная реакция в разных условиях может быть и полезной, и вредной. Воспаление представляет собой не только патологическую, но и защитную, полезную для организма реакцию. При этом положительное влияние воспалительной реакции может превратиться в свою противоположность.

Односторонность и недиалектичность определения воспаления как полезного при всех условиях процесса опровергается рядом фактов. Например, при перитоните (воспаление брюшины) эмиграция и экссудация (выпотевание жидкости из сосудов и выход форменных элементов крови в воспаленную ткань) лейкоцитов и полезна, и вредна. Являясь полезной реакцией на проникновение бактерий в брюшную полость, экссудат оказывает и вредное воздействие на организм, так как он используется в качестве питательной среды для размножающихся бактерий, которые вместе с продуктами самого экссудата отравляют весь организм. Или, например, фагоцитоз, способствуя уничтожению бактерий и являясь полезным фактором, в некоторых случаях является условием распространения микробов в организме поглотившими их лейкоцитами.

Примером отрицательной воспалительной реакции является нейрофагия в старости, при которой лейкоциты начинают пожирать нервные клетки человеческого организма.

Возведение положительных свойств воспалительной реакции в абсолют может перерасти в витализм, для которого воспалительный процесс при всех условиях обязательно целесообразен.

В начальный период широкого применения в лечебной практике антибиотиков некоторые медики встали на путь абсолютизации исцеляющей силы антибиотиков и тем самым не учли возможности побочного отрицательного действия этого могучего лечебного средства.

Как показал опыт, антибиотики оказывают сильное антагонистическое действие (симптомы витаминной недостаточности); поражается способствующая образованию витаминов бактериальная флора кишечника (девитаминизированный эффект); уменьшается резорбция витаминов в кишечнике, развивается кандидамикоз и т. д. Учитывая антагонистическое, противоречивое действие антибиотиков, современная те-

рапия при лечении антибиотиками применяет профилактическую терапию витаминами — комплекса В и т. д.

Большое значение для уяснения существа вопроса о воспалении как диалектически противоречивом процессе имеет павловское учение. И. П. Павлов указывал, что воздействие болезнетворного агента не ограничивается возникновением патологического процесса.

Являясь раздражителем, болезнетворный агент при помощи рефлекторного механизма приводит в действие все защитные средства организма, направленные на борьбу с данным болезнетворным агентом.

Патологические процессы находятся в состоянии антагонизма с теми физиологическими процессами, которые ведут борьбу за выздоровление организма. Патологические и физиологические процессы И. П. Павлов не противопоставлял друг другу, а рассматривал в диалектически противоречивом единстве.

Иного взгляда на эти явления и не может быть, так как между патологическими и физиологическими процессами существует неразрывная генетическая связь.

Как торможение есть своего рода возбуждение — особое, застойное, специфическое, действующее в то же время противоположно возбуждению как таковому, так и патология есть некая физиология, но особая, специфическая, действующая противоположно норме.

Патология возникает на основе физиологии. Часто элементы патологии имеют место в физиологических процессах и наоборот. Патология — это физиология, направленная против себя самой.

Отсутствие осознанного диалектико-материалистического подхода к изучаемым явлениям патологии порождало у медиков конца XIX и начала XX века односторонний взгляд на взаимоотношение организма и болезнетворного начала. Особенно наглядно это проявилось в учении об инфекции. Некоторые патологи акцентировали свое внимание лишь на защитных силах организма, что нередко служило гносеологической основой для автогенетических воззрений. Другие, напротив, абсолютизировали роль микроба в возникновении болезни, что являлось благоприятной предпосылкой для расцвета механического детерминизма на медицинской почве (монокаузализм и т. д.).

Современная физиология дала глубоко научное, диалектико-материалистическое обоснование взаимоотношения микро- и макроорганизма, физиологического и патологического, приспособительного и болезнетворного. В частности, ею было доказано, что «рефлекторные явления в организме имеют две стороны приспособительных механизмов — защита, уход от

раздражителя и сближение с раздражителем — ассимиляция среды»[1].

Нельзя забывать павловское предостережение против метафизического, одностороннего воззрения на болезнь: «Вы должны в картине болезни отличать, что в ней есть результат повреждения и что есть результат противодействия организма данному повреждению. Эти две категории явлений спутываются. Дело науки и талантливости врача разделить их и понять, что есть истинная болезнь и что есть физиологическая мера против болезни».

Лечебная стратегия и тактика должны быть направлены на то, чтобы превратить защитные функции организма в ведущий, определяющий фактор в противоречивом процессе развития болезни, т. е. подавлять «собственно» патологическое и усиливать целебные, защитные силы организма путем создания благоприятных условий и применением всевозможных медикаментозных средств. Экспериментальная медицина располагает хорошо проверенными фактами, говорящими о том, что искусственное перегревание и повышение температуры тела у животных благоприятствуют течению некоторых стрептококковых, пневмококковых инфекций. В данном случае повышенная температура способствует более интенсивному образованию антител, стимулирует процесс фагоцитоза и т. д.

Соотношение между патологическим и защитно-приспособительным рефлексом в ходе развития болезни, как справедливо говорил М. Г. Дурмишьян, нельзя представлять неизменным. Наоборот, в зависимости от интенсивности (степени и длительности) защитных рефлексов и фазы развития патологического процесса эти защитные рефлексы сами могут выступать в роли патологического фактора. Более того, многочисленные факты и примеры свидетельствуют о том, что одно и то же явление не только в разное время, но и в одно и то же время может выступать в одном отношении в качестве защитного, в другом отношении в качестве собственно патологического. Это в свою очередь свидетельствует не только о неразрывности патологических и защитных рефлексов и порождаемых ими реакций, но и о том, что для организма как целого не всякое защитно-приспособительное явление всюду и всегда является биологически целесообразным[2].

Некоторые наши патологи при анализе проблемы взаимоотношения микро- и макроорганизма не видят сложной диа-

---

[1] Д. Л. Воронов. О развитии патогенных микробов в очагах воспаления. Альмацитоз. Дискуссия по проблеме этиологии и патогенеза. Тезисы докладов и выступлений. Рязань, 1954, стр. 12—13.

[2] См. М. Г. Дурмишьян. О патологическом рефлексе. Дискуссия по проблеме этиологии и патогенеза. Тезисы докладов и выступлений. Рязань, 1954, стр. 22.

лектики внешнего и внутреннего, диалектики единства и борьбы противоположностей. В частности, И. В. Давыдовский в своей книге «Учение об инфекции», рассматривая данную проблему, по существу отвергает принцип борьбы, называя его принципом „нечистой силы" и „демонизма прошлых веков". «Ссылки на „борьбу" и „защиту" при разработке вопросов инфекционной патологии являются отражением субъективного метода в оценке научных факторов» [1]. Очаги нагноения, гранулемы, инфильтраты и т. п. — это якобы не проявление единства и борьбы противоположных сил, начал и тенденций, а лишь выражение «взаимоприспособительной реакции».

И. В. Давыдовский, безусловно, переоценивает, абсолютизирует моменты единства противоположностей. Относительное единство противоположных сторон, в данном случае микро- и макроорганизма, он превращает в абсолютное, постоянное единство. «Взаимоприспособительные реакции» как выражение относительного единства противоположностей он возводит в абсолют. Все это мешает И. В. Давыдовскому увидеть противоречивый характер подобных отношений, выраженных в философии категорией «борьба».

В действительности взаимоотношение между патогенным микробом и макроорганизмом является отношением противоречия, борьбы между ними. При этом определяющей стороной данного противоречивого процесса в большинстве случаев, видимо, являются макроорганизм, его внутренние особенности, обусловливающие в конечном счете исход борьбы между данными противоположностями, в чем, безусловно, прав И. В. Давыдовский.

Болезнь и здоровье нужно рассматривать как диалектическое единство противоположностей. Болезнь и здоровье не отграничены друг от друга какой-то четкой демаркационной линией. Например, идиосинкразия — ненормальная реактивность здорового организма — в некоторых условиях почти не проявляется. Но при изменении условий питания, труда и т. д. может привести к возникновению болезни.

В этой связи остановимся на некоторых определениях болезни, которые, с нашей точки зрения, не учитывают требований основного закона материалистической диалектики — закона единства и борьбы противоположностей.

Некоторые определяют болезнь как отклонение от нормального состояния, от «среднего типа». Понятие «болезнь» является абстракцией. Понятия «отклонение от нормы», «отклонение от среднего типа» также являются абстракциями.

---

[1] И. В. Давыдовский. Учение об инфекции. Медгиз, 1956, стр. 10, 11.

В самом деле, норма обычно представляет собой среднюю статистическую величину. Практика показывает, что почти невозможно найти человека, обладающего всеми признаками так называемой нормы. Но это не значит, что все люди больны. В определении болезни как отклонения от нормы одна абстракция (болезнь) определяется через другую абстракцию (норма).

Кроме того, не всякое отклонение от нормы порождает болезнь. Например, повышенная устойчивость к инфекциям является своеобразным отклонением от среднего типа, от нормы. Гениальность тоже представляет «отклонение от нормы», «отклонение» от обычного, среднего уровня развития интеллекта. Не всякое отклонение температуры, артериального давления от уровня, в практике называемого нормой, ведет к болезни. Важнейшим методологическим недостатком данного определения болезни является то, что в нем не учитывается сложное, диалектически противоречивое взаимоотношение организма с биологической и социальной средой.

Наиболее близким к истине является определение болезни, данное выдающимся русским клиницистом А. А. Остроумовым, который говорил, что болезнь является особым состоянием, возникшим в результате нарушения соответствия между организмом и внешней средой.

Находясь на позиции естественнонаучного (стихийного) материализма и диалектики, А. А. Остроумов учитывал противоречивое взаимоотношение организма с окружающей его средой. Но и определение болезни, данное А. А. Остроумовым, страдает некоторыми существенными недостатками. Во-первых, не всякое нарушение соответствия между организмом и внешней средой порождает болезнь. Благодаря регуляторным функциям, выработанным в процессе эволюционного развития, изменения внешней среды до определенных пределов не влекут за собой заметных нарушений жизненных процессов. Лишь достигнув необходимого количественного уровня, неблагоприятные изменения внешней среды порождают болезненное состояние организма (количество переходит в качество). Следовательно, болезнь представляет собой качественно новое состояние организма. Во-вторых, в данном определении не подчеркивается значение социальной среды как одного из реально возможных болезнетворных агентов. Здесь не учитывается, что болезнь либо в тенденции, либо реально и актуально лишает человека возможности выполнять свои социальные, общественные функции.

Разумеется, дать исчерпывающее определение болезни — задача очень сложная. К решению ее непосредственно приблизился И. П. Павлов, хотя специального определения болезни он нигде не давал.

Диалектико-материалистический подход к данному вопросу требует выяснения противоречивых связей организма с окружающей биологической и социальной средой и выявления особого качественного состояния болезни. В то же время недопустимо абсолютное противопоставление здоровья — болезни, нормы — патологии. Необходимо рассматривать эти явления как противоположные стороны, находящиеся в то же время в диалектическом единстве в живом человеческом организме.

Следовательно, сама жизнь таит в себе зачаток смерти, а смерть отдельных клеток организма является необходимой предпосылкой жизни. А. А. Богомолец («Загадка смерти») писал по этому поводу: «Отмирание одних, образование новых клеточных элементов, частичные смерть и возрождение органов и тканей беспрерывно совершаются в течение всей индивидуальной жизни».

А. А. Богомолец указывал, что в организме взрослого человека ежедневно разрушается около 350—400 миллиардов эритроцитов и столько же воссоздается вновь. Продукты распада крови стимулируют кровотворение [1].

Путем применения в исследовании метода меченых атомов сейчас доказано, что через каждые 4—4$\frac{1}{2}$ месяца полностью обновляется состав эритроцитов в организме человека.

Работа сердца также сопровождается двумя противоположными и взаимосвязанными процессами — систолой и диастолой; теплорегуляция — теплопродукцией и теплоотдачей; мышечное движение — участием мышц-антагонистов и мышц-синергистов и т. д.

Следовательно, нормальная и патологическая деятельность человеческого организма совершается в весьма сложной, диалектически противоречивой форме.

Таким образом, жизненность организма обусловлена его внутренней противоречивостью. «В собственном смысле диалектика есть изучение противоречия в самой сущности предметов...» [2].

Для клинического мышления врача весьма важно видеть внутреннюю противоречивость, присущую как нормальным, так и патологическим процессам, происходящим в организме.

При этом нужно видеть своеобразие внутренней противоречивости, присущей патологическим процессам в отличие от нормальных.

Результатом одностороннего подхода к изучаемым процессам является возникновение гипотетического утверждения

---

[1] А. А. Богомолец. Продление жизни. Киев, 1940, стр. 12—13.
[2] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 38, стр. 249.

«об организующей роли нервной системы в развитии болезней». Здесь по существу отождествляются качественно противоположные процессы — физиологические и патологические. Это отождествление проявляется в том, что физиологический рефлекторный механизм, достигший в ходе эволюционного развития большой степени совершенства, будто бы может выполнять не только защитно-приспособительную роль, но и порождать, «организовывать» всевозможные болезни.

Эта гипотеза является отходом от научного взгляда на роль нервной системы в регуляции жизнедеятельности организма.

И. П. Павлов рассматривал деятельность нервной системы как живое воплощение диалектического единства противоположностей.

Рефлекторная деятельность нервной системы, по И. П. Павлову, направлена на охрану жизнедеятельности и целостности организма в окружающих условиях.

Под воздействием же болезнетворных факторов может произойти «полом» нервной системы, который и благоприятствует возникновению того или иного заболевания. Например, перистальтика кишечного тракта по своему происхождению в конечном счете является рефлекторным защитно-физиологическим процессом, способствующим не только продвижению пищевых продуктов, но и удалению ненужных и вредных веществ.

В результате «полома», «дезорганизации» нервной системы целесообразный защитно-физиологический рефлекторный процесс может привести к образованию продолжительного и застойного спазма, который ведет к явлениям спастической непроходимости.

Следовательно, здесь происходит диалектическое взаимопревращение противоположностей — защитные свойства нервной системы превращаются в разрушительные.

Как справедливо указывает А. Д. Адо, не нервная система сама по себе «организует» и порождает болезнь, а «поломы» нервной системы создают предпосылки для рефлекторного возникновения некоторых болезней. Кроме того, было бы неправильно, исходя из рефлекторного механизма возникновения некоторых заболеваний, делать дедуктивный вывод о патологическом рефлексе как единственной форме развития болезни.

Следовательно, внимание патологии должно быть направлено не на изучение так называемой организующей роли нервной системы в развитии болезней, а на познание диалектически противоречивого единства защитно-компенсаторной функции нервной системы, с одной стороны, и «вредяще-организующей» функции — с другой.

§ 3. Особенности проявления закона перехода количественных изменений в качественные в медицине

Закон перехода количественных изменений в качественные и обратно неразрывно связан с законом единства и борьбы противоположностей. Если закон единства и борьбы противоположностей вскрывает внутренний источник развития предметов, явлений, процессов и отвечает на вопрос, почему происходит развитие, то закон перехода количественных изменений в коренные качественные и обратно вскрывает внутренний механизм этого развития и отвечает на вопрос, как происходит развитие.

Проблема качества является одной из важнейших методологических проблем медицины. На основе познания качественного своеобразия той или иной болезни устанавливается дифференциальный диагноз болезни. Качественная специфичность болезни лежит в основе нозологической классификации болезненных форм и т. д.

Качество — относительно устойчивая и относительно существенная определенность явлений и процессов, отличающая их друг от друга. В то же время оно объективно. И болезнь как особое качественное состояние жизнедеятельности организма нельзя считать продуктом субъективных ощущений человека.

Объективно отличаясь от состояния здоровья, болезнь представляет собой особое качество.

Под углом зрения объективности свойств и качеств нужно подходить к анализу таких явлений, как заразность, патогенность микробов и т. д. Патогенность микроба — это не субъективное мнение человека о вредности или невредности микроба, а его объективное свойство.

Как объективное и специфическое свойство, патогенность микробов является важным критерием для определения их видовой принадлежности. В отличие от морфологического принципа классификации высокоразвитых животных в классификации микроорганизмов, в определении вида микробов нередко исходят не из морфологических, а из биологических свойств, объективно отражающих качественные отличия одного вида микробов от другого. «Патогенность микроба, специфика этой патогенности как раз и является одним из основных биологических свойств определенных классов микроорганизмов [1].

---

[1] А. С. Шевелев. Некоторые спорные вопросы учения об инфекции. ЖМЭИ, 1957, № 9, стр. 115.

Среди некоторых медиков распространено неправильное понимание категории свойства. В частности, свойство патогенности микробов рассматривается не как нечто присущее самим микробам, а лишь как отношение между микроорганизмом и макроорганизмом. В действительности свойство патогенности микробов не зависит от отношения микроорганизма и макроорганизма. Свойство патогенности лишь проявляется в этих отношениях. «Свойства данной вещи не создаются ее отношением к другим вещам, а лишь обнаруживаются в таком отношении...» [1], как объективно существующие и весьма важные проявления качественных особенностей микроба. Нельзя не учитывать и того, что особенности проявления этих свойств зависят и от отношения микроорганизма с окружающей его и взаимодействующей с ним средой. Известно, например, что рост микробов на средах определяется не только имманентными свойствами самого микроба, но и свойствами питательной среды. Поэтому взаимодействие микро- и макроорганизма также может оказывать влияние на степень патогенности свойств микробов.

Через свойства познается и раскрывается качество явлений и процессов в их конкретных взаимоотношениях. Всякая болезнь имеет ряд проявлений и свойств, называемых симптомами, через посредство которых познается сущность данной болезни. Учитывая неодинаковую значимость различных свойств для качественной характеристики того или иного патологического процесса, особо важное значение имеет развитое А. А. Киселем положение об абсолютном симптоме или абсолютном патогномоничном синдроме как важнейшем свойстве для обозначения наиболее важных проявлений того или иного заболевания. Примером абсолютного симптома является кашель при коклюше, пятна Бельского—Филатова при кори и т. д.

Развитие медико-биологических наук сопровождается все бóльшим проникновением как в качественную, так и в количественную характеристику изучаемых явлений и процессов. Вплоть до середины XIX века в познании явлений и процессов жизнедеятельности организма в нормальном и патологическом состоянии акцент делался на качественную сторону изучаемого, так как тогда «не были еще доступны методы разложения этого качества, не говоря уже о методах его синтеза. Они (медики. — *Г. Ц.*) изучали явления как таковые, почти не задаваясь вопросом ни о генезе этого явления, ни о его анализе. Новое время приносит с собой методы анализа» [2].

---

[1] К. Маркс. Капитал. Т. I. Госполитиздат, 1963, стр. 67.

[2] С. Г. Левит. Диалектический материализм в медицине. Вестник современной медицины, 1927, № 23.

Качественные особенности явлений и процессов могут быть глубоко познаны лишь при тщательном изучении их количественной стороны, количественной характеристики. Например, только при всестороннем познании количественной стороны питания, калорийности рационов, при познании энергетической стороны проблемы питания можно глубже проникнуть и в качественную сторону питания, которая все более выдвигается на первое место в советской медицине. Известно, что уже сейчас пересматриваются существующие нормы суточной потребности здорового человека в витаминах, так как утвержденные в 1946 г. нормы суточной потребности в витаминах не всегда достаточны для нормальной жизнедеятельности организма.

Знание закона перехода количественных изменений в качественные и умелое применение его в медицине позволяют избегать механистического подхода и толкования ряда нормальных и патологических явлений и процессов. Методологическое значение рассматриваемого закона заключается в том, что он помогает в каждом новом явлении видеть его специфическую, качественную характеристику. Неумение же видеть в различных патологических явлениях специфические черты, качественно отличающие одно явление от другого, толкает клиническое мышление и деятельность врача на путь шаблона, уравнивания одного качественно своеобразного явления с другим.

В своей практической деятельности врач всегда должен помнить весьма важную диалектическую закономерность, что количественные изменения беспрерывны, а качественные прерывны. Беспрерывность количественных изменений в определенный момент прерывается возникновением нового качества. Например, в том или ином организме непрерывно происходит количественное накопление и постоянное увеличение определенных токсических продуктов, которые, достигнув определенного количественного уровня, ведут к декомпенсации организма, к болезни. Другими словами, количественные отклонения тех или иных физиологических процессов в сторону их увеличения или уменьшения, происходя беспрерывно и достигнув определенного предела, порождают качественно новое состояние организма — болезнь. Таким образом, качественное различие всегда связано с новыми количественными характеристиками. Качество же переходит в количество, порождает определенные количественные сдвиги и т. п.

Сопоставим физиологический и патологический процесс с количественной и качественной точки зрения. В условиях нормальной жизни человека в его организме происходят такие количественные изменения, которые, достигнув определенного уровня, порождают воспалительный процесс. Например, в здоровом организме постоянно находят альтеративные проявле-

ния в виде отживания клеток, физиологического микронекроза ткани. Наблюдается выпотевание жидкости из сосудов в ткань, имеются явления фагоцитоза лейкоцитами и макрофагами белковых и жировых частиц, происходит пролиферация клеток, т. е. размножение местных клеточных элементов и т. д.

В больном же организме перечисленные процессы совершаются на иных количественных уровнях. Поэтому воспалительный процесс представляет собой резкое повышение количественного выражения данных физиологических процессов. Следовательно, перейдя определенную количественную шкалу, нормальный физиологический процесс скачкообразно перерастает в воспалительный патологический процесс. Возникает качественно новое явление — болезнь.

Но было бы неправильно видеть лишь количественную разницу между физиологическими и патологическими процессами. Патологические процессы включают в себя физиологические в «снятом» виде. Резкое изменение физиологических процессов в бóльшую или меньшую сторону от нормы — это лишь одна из предпосылок заболевания. Но патологические процессы имеют и свои, специфические, не проявляющиеся в нормальных условиях черты и особенности. «...При нагноении, — говорит А. Д. Адо, — участвует процесс эмиграции лейкоцитов в воспалительную ткань. Этот процесс имеет место и при пищеварительном лейкоцитозе. Однако нагноение — это не только эмиграция лейкоцитов и притом увеличенная количественно до определенных размеров. Нагноение — это эмиграция плюс гибель эмигрированных лейкоцитов и некроз той ткани, куда они эмигрировали, и капилляров, через которые они эмигрировали...

Нагноение — это в целом качественно своеобразный процесс, в котором отдельные физиологические закономерности хотя и имеют место, но представлены уже в снятом виде. В целом нагноение — качественно новый патологический процесс» [1].

В опухолевом росте также имеются некоторые физиологические явления роста и размножения клеток. Но в то же время они качественно отличаются от развития клеток в нормальном состоянии.

Неоплазия, говорит Сандеберг [2], это образование клеточных групп, отличающихся иным механизмом дыхания и размножения, чем тот, который мы имеем в нормальных клетках. А в качестве вторичного признака нарушенного механизма дыхания наблюдается деление клеток как средство, компенсирующее более слабую жизнедеятельность «больных» клеток.

---

[1] А. Д. Адо. Советская медицина, 1957, № 10, стр. 17.

[2] E. Sandeberg. Om kräftsjukdomar. Medlemsblad for Sveriges Veterinär — Förbund, 1958, № 8, S. 127—131.

Взаимопроникновение физиологического и патологического, здоровья и болезни, их взаимопереходы не отрицают известной диалектической закономерности, согласно которой для перехода от нормального состояния к патологическому требуется определенная количественно-узловая точка, за которой здоровье превращается в болезнь, т. е. одна противоположность переходит в другую.

Разграничение анализируемых явлений на патологический процесс и собственно болезнь (П. Д. Горизонтов, П. Н. Веселкин и др.) позволяет более глубоко вскрыть соотношение количественных и качественных изменений в медицине. Во время развития патологического процесса происходят количественные изменения, которые, достигнув узловой, критической высоты, скачкообразно превращаются в новое качественное состояние, т. е. болезнь.

Но формы перехода от одной противоположности к другой, от одного качественного состояния к другому могут быть самыми различными. В ряде случаев происходит разовый, одноактный переход (при сильном отравлении, травме, ожоге и т. д.). Иногда же этот переход, скачок, совершается в затяжной, растянутой по времени форме и проходит ряд промежуточных ступеней. Нередко развитие болезни происходит так, что в рамках большого, основного качественного скачка происходит ряд мелких скачков, так называемых микроскачков. Например, естественная смерть является результатом постепенного концентрирования ряда патологических изменений. При скоропостижной же смерти, например от большой дозы ядерной радиации, вредоносные факторы суммируются с громадной быстротой и достигают такой узловой, критической точки, за пределами которой наступает гибель организма.

Всякое заболевание в своем развитии по существу проходит три этапа или периода: инкубационный, продромальный и явный. За исключением травм, всякая болезнь проходит через скрытую фазу развития. Скрытый этап развития болезни — это период постепенного эволюционного развития болезни, когда происходит накопление, суммирование количественных патологических изменений, которые в последующем скачкообразно превращаются в новое качество — болезнь.

Задача врача заключается в том, чтобы предотвратить процесс дальнейшего накопления количественных патологических изменений, не позволить им достичь узловой, пороговой, критической, величины.

Закон перехода количественных изменений в коренные качественные, являясь всеобщим и объективным, проявляется специфически в каждой области действительности и обусловливается конкретными условиями.

Механистический взгляд на действие данного закона часто приводит клиническое мышление врача к неразрешимым противоречиям. Например, вплоть до последнего времени так называемый парадоксальный феномен Беринга считался необъяснимым. Методологической основой подобного утверждения является односторонний механистический подход к действию закона перехода количественных изменений в качественные.

Согласно феномену Беринга, морская свинка, например, быстро погибает от однократного введения одной смертельной дозы дифтерийного токсина (эта доза количественно определена). Следовательно, в данном случае увеличение дозы дифтерийного токсина до определенного количественного уровня влечет за собой гибель животного. Но если морской свинке ежедневно вводить под кожу до $^1/_{10}$ минимальной смертельной дозы указанного токсина, то свинка погибает раньше, чем ей будет введена половина смертельной дозы токсина. Здесь на первый взгляд имеется как бы отступление от действия закона перехода количественных изменений в качественные. В действительности же никакого отступления от указанного закона нет. При многократном введении яда в количественно уменьшенных дозах в организме возникают новые условия, новые физиологические закономерности, или, говоря языком И. М. Сеченова, суммация раздражений. В новых условиях незначительная количественная концентрация дифтерийного токсина ведет к качественно новому состоянию организма — смерти.

С точки зрения И. М. Сеченова, подтвержденной клиническими опытами, сочетание нескольких подпороговых раздражений, следующих друг за другом с определенными интервалами, может вызвать рефлекторный ответ.

Клиническая практика говорит о том, что между ритмом раздражений и ответной реакцией организма существует закономерная зависимость. Реакция организма на один и тот же раздражитель, отличающийся частотой и силой раздражений, может быть качественно различной.

Фабр и Трюо[1] в статье «О длительности интоксикации» (так называемой хронической интоксикации) указывали, основываясь на экспериментальном материале, что длительные интоксикации могут возникнуть в результате поглощения доз ядов, значительно меньших, чем те, которые вызывают острые отравления, если их поглощение совершается постоянно в течение длительного времени. Эта «кумуляция» ядовитых веществ обусловливается либо особыми свойствами ядов (например, их большой растворимостью в жирах и т. д.), либо

---

[1] R. Fabre, R. Truhaut. Sur la toxicite a lang, dite toxicite chronigue. C. R. Acad. d. Sciences, 1956, 243, 6, 541—543.

замедленным выделением через почки. Далее авторы говорят о том, что острое отравление человека фтористым натрием возникает при дозе, значительно превышающей 1 г. Но при длительном введении даже дозы в несколько сантиграммов возникает так называемый флюороз, т. е. тяжелое поражение костей и кахексия. В силу этого концентрация фтора в питьевых водах не должна превышать 1,5 мг/л.

О необходимости учета специфики проявления закона перехода количественных изменений в коренные качественные говорят так называемые явления синергизма или потенцирования, когда некоторые сочетания медикаментов вызывают общий эффект более значительный, чем сумма эффектов, свойственных каждому элементу состава в отдельности. От различных количественных взаимоотношений медикаментов, находящихся в ассоциации, зависит качество их фармакологического воздействия.

Не всегда качественные особенности состояния больного организма можно ставить в прямую зависимость от количества заболеваний. «Присоединение новых заболеваний, — говорил А. А. Кисель, — не отягчает состояния больных пропорционально числу присоединившихся болезней, как это можно было бы ожидать. У меня не раз являлась мысль, что здесь, быть может, действует какой-то другой закон, а не простое суммирование неблагоприятных моментов. Являлась даже мысль, что, быть может, некоторые болезни могут действовать друг на друга и в обратном смысле, что одна болезнь может угнетать или ослаблять развитие другой» [1].

Действие закона перехода количественных изменений в качественные зависит от конкретных условий жизнедеятельности организма.

Ошибочным является утверждение некоторых патологов, что «болезнь не создает в организме ничего существенно нового». Подобный взгляд на болезнь является механистическим, узкоколичественным. Разумеется, как в здоровом, так и в больном организме протекают определенные физико-химические и биологические процессы, часто поддающиеся количественному измерению. Но эти процессы в больном и здоровом организме совершаются на разных количественных уровнях, а при достижении определенного уровня количественные изменения переходят в качественные и порождают болезнь.

«Мир патологических явлений, — говорил И. П. Павлов, — представляет собой бесконечный ряд всевозможных особенностей, т. е. не имеющих места в нормальном течении жизни, комбинаций физиологических явлений». Конечно, между здоровьем и болезнью нередко наблюдаются многочисленные пе-

---

[1] Цит. по Э. М. Конюсу. А. Кисель и его школа. М., 1949, стр. 30.

реходные и промежуточные стадии. О существовании подобных переходных стадий говорится во врачебном афоризме: «Уже не здоров, но еще не болен». Такое состояние называют субклиническим. Наличие переходных форм от физиологического к патологическому, как и от патологического к физиологическому, является глубоко диалектическим процессом. При достижении порогового уровня одна противоположность переходит в другую. Этот переход может совершаться в скоротечной, разовой или затяжной, замедленной форме.

Правильному пониманию взаимоотношения патологического и физиологического, болезни и здоровья помогает и использование таких понятий, как микро- и макроскачок. Переход от нормального, физиологического состояния к болезненному, патологическому состоянию — это переход от одного качественного состояния к другому, или макроскачок. Но в рамках этого макроскачка может быть несколько небольших качественных превращений, или микроскачков. Например, естественной смерти предшествует ряд качественных, патологических изменений и сдвигов в строении и функциональном отправлении тканей, органов и систем.

Микроскачкообразные изменения при суммировании, достижении пороговой величины обусловливают возникновение макроскачка как нового качественного состояния. Таким образом, внутри большого качественного изменения нужно видеть более мелкие качественные изменения. «Эти промежуточные звенья, — говорил Ф. Энгельс, — доказывают только, что в природе нет скачков *именно потому*, что она слагается сплошь из скачков»[1].

Абсолютизация роли и значения микроскачков, стирание грани между отдельными, частными изменениями качественного состояния и изменением качества в целом, т. е. стирание грани между микро- и макроскачками, является методологической основой взглядов, согласно которым отрицается качественное различие между здоровьем и болезнью, физиологическим и патологическим.

Пытаясь познать различные градации, микроскачкообразные переходы от одного состояния (здоровье) к другому (болезнь), некоторые ученые (К. Бернар и др.) становились на позиции плоского эволюционизма, постепеновщины в понимании болезни.

При аналитическом подходе к организму внимание ученых, как правило, акцентировалось на изучении клеток, органов и систем и их функциональной деятельности со стороны количественных показателей и проявлений. Это и явилось гносеоло-

---

[1] Ф. Энгельс. Диалектика природы. Госполитиздат, 1955, стр. 217.

гической предпосылкой для отождествления нормы и патологии, для определения болезни как количественного изменения клеток, тканей, органов и соков (Р. Вирхов).

Было бы неправильно считать, что качество одного явления отличается от другого только количеством входящих в него составных элементов. Помимо составных элементов, на качество явлений влияет характер связи (структура) данных элементов. Например, белок является материальным субстратом жизни. Но для образования протоплазмы как нового качества, как специфического проявления жизни недостаточно механического соединения всего того количества элементов, которое входит в протоплазму. Для возникновения протоплазмы как нового жизненного качества необходимо весьма сложное сочетание (структура), а не механическая смесь различных белков, углеводов, липоидов, ферментов, воды, солей, одновалентных и двухвалентных металлов и т. д. Только при наличии определенного количества составных элементов и их определенной структуры количество порождает новое качество — жизнь.

Современная наука исходит из экспериментально доказанного положения, что от последовательности (структуры) расположения аминокислот в белковой молекуле зависит качество белка, все его свойства и специфика. Акад. И. Л. Кнунянц говорит, что от последовательности сцепления аминокислот, от «архитектуры белка» зависят и обмен веществ и все внешние признаки организма.

Возьмем другой факт. Под лейкоцитозом обычно понимают количественное увеличение белых кровяных телец выше нормы. В то же время лейкоцитозы подразделяют на физиологические, встречающиеся в нормальных условиях жизни организма (пищеварительный, лейкоцитоз беременных и т. д.), и патологические. Последние чаще возникают под влиянием веществ бактериального происхождения (токсинов) и т. д. Физиологический и патологический лейкоцитоз представляют собой два разных качества.

На качественную определенность того и другого влияет не только количество входящих телец, но и их соотношение (структура) или, говоря медицинским языком, лейкоцитарная формула.

Грань между здоровьем и болезнью не абсолютна, а относительна. Нередко необычное сочетание, на первый взгляд, обычных физиологических или психических проявлений жизнедеятельности человека ведет к нарушению нормы, здоровья. В этой связи проф. О. В. Кербиков говорил, что обычные психические свойства сердиться, гневаться и др., представленные в необычном сочетании, характеризуют собой психопатию как качественно новое состояние.

При наличии причинной связи между двумя явлениями или процессами количественные изменения в предыдущем явлении обязательно ведут к аналогичным же изменениям в последующем. Например, усиление деятельности сердца ведет к усиленному мочеотделению; усиление или ослабление интенсивности раздражения соответственно влияет на характер деятельности нерва и т. д. Но подобная взаимозависимость наблюдается лишь до определенного количественного уровня, за пределами которого это взаимовлияние принимает качественно иной характер. Например, раздражение, достигнув необходимой количественной высоты, вместо былого усиления функции нерва, вызывает качественно иное направление его деятельности — угасание и торможение. Или, например, пластическая деятельность брюшины, являясь часто полезным для организма фактором, превысив определенный количественный уровень, превращается в новое, болезненное качество.

Диалектический материализм учит, что количественные изменения на определенном этапе ведут к качественным; что высшее качество возникает на основе низшего, но возникнув, оно подчиняется не только закономерностям низшего качества, но прежде всего — своим специфическим закономерностям. Например, биологическая форма движения материи возникает на базе механических и физико-химических закономерностей и невозможна без них, хотя и не исчерпывается ими. Игнорируя качественное своеобразие жизни как биологического процесса, механицисты отождествляют ее с физико-химическими процессами. Они игнорируют те качественно новые закономерности, которые возникли в результате длительного развития низших форм движения материи. Рассматривая жизнь как прикладную физику и химию, лишая ее качественной характеристики, механицисты кровообращение, например, отождествляют с движением жидкости по трубкам, нервное возбуждение — с электрическими явлениями, питание — с химическими реакциями и т. п.

Если диалектический материализм рассматривает жизнь как узловую линию мер в длительном эволюционном процессе, прошедшем через массу мелких и крупных скачков, приведшем к новому качественному состоянию, то механицизм придерживается совершенно противоположной точки зрения. Например, Жак Леб, стоящий на позиции механистического материализма, в работе «Новые успехи биологии» дает следующее определение жизни: «Живые существа можно рассматривать как химические машины, построенные из коллоидного материала, машины, способные развиваться, поддерживать свое существование и размножение».

Здесь мы не говорим о больших заслугах Ж. Леба в области биологии, не подчеркиваем значения его теории тропиз-

мов в борьбе с витализмом и т. д. Здесь лишь укажем, что механицизм Леба возник как реакция на витализм. Леб боролся против абсолютизации биологического качества, присущего жизни. Но некоторые теории, возникшие как реакция на что-либо, впадают в другую, противоположную крайность. Борющиеся теории концентрируются на противоположных полюсах, которые в конечном счете переходят друг в друга.

Творческое применение закона перехода количественных изменений в коренные качественные имеет большое значение в борьбе против различных антинаучных направлений. В частности, с позиций данного диалектико-материалистического закона можно показать несостоятельность одного из важнейших принципов гомеопатии — принципа малых доз. Современная фармакология исходит из того, что для лечебного эффекта тот или иной медикамент должен иметь определенную количественную величину. Известно, что каждое вещество имеет свою пороговую, минимальную дозу действия, ниже которой это действие прекращается. Предельная, минимальная концентрация вещества зависит не только от характера самого вещества, но и от особенностей клеток, подвергающихся этому воздействию. Доказана несостоятельность постулата Ганнемана, согласно которому эффект лекарства находится в обратной зависимости от его дозы, т. е. лекарство действует тем сильнее, чем меньше его доза.

Гомеопатический «закон» малых доз по существу исходит из неосознанного, стихийного использования той объективной особенности, согласно которой многие лекарства усиливают свое действие при увеличении их разведения. Но при гомеопатической величине разведения (например, в 10-й, 30-й степени) эта особенность уже не проявляется. В подобных случаях применяемое лекарство в лучшем случае способно оказать лишь психотерапевтический эффект. Г. Н. Першин и Е. И. Гвоздева говорят о несостоятельности гомеопатического принципа, согласно которому «вещества при разведении динамизируются, приобретают бо́льшую силу действия. В связи с этим заблуждением врачи-гомеопаты применяют с лечебной целью очень малые, явно неактивные дозы многих веществ (в разведении 10^{-12}, 10^{-20}, 10^{-30} и т. д.). В виде примесей к пище в организм часто поступают значительно бо́льшие количества вещества, чем те, которые назначают гомеопаты. Ясно, что во всех этих случаях не может быть и речи о действии веществ как таковых» [1].

Было бы неправильно отождествлять так называемое олигодинамическое действие лекарств, т. е. действие минималь-

---

[1] Г. Н. Першин, Е. И. Гвоздева. Учебник фармакологии. Медгиз, 1961, стр. 17.

ных доз с гомеопатическим пониманием этого вопрса. Причину обращенного действия сильно разведенных лекарств и растворов некоторые гомеопаты по существу видят в действии какого-то нематериального фактора, Например, Заксль в подобных случаях говорил о действии неведомых и таинственных сил.

Материалистическая медицина не отрицает олигодинамического действия лекарств, но дает им научное истолкование. А. Д. Адо, например, говорит, что одна миллионная доля миллиграмма белка может вызвать сенсибилизацию организма и явления анафилаксии. Эффект малых доз обусловливается не действием нематериальных сил, а зависит от предшествующего функционального состояния реагирующего субстрата и т. д. «Свойственный значительным разведениям фармакологический эффект может быть воспроизведен при употреблении даже и обычных (малых) разведений яда, но только в подходящей среде (в отношении содержания в ней кальция, ионов водорода и гидроксила)...

Обращенное действие очень высоких разведений обусловлено той же формой материи, что и обычное ее действие (например, катионами). Оно может быть изучено обычными фармакологическими приемами. В ряде случаев была определена направленность его на те или иные элементы субстрата»[1].

§ 4. Особенности проявления закона отрицания отрицания в медицине

Одним из основных законов материалистической диалектики является закон отрицания отрицания, вскрывающий объективную тенденцию развития природы, общества и мышления. Этой всеобщей тенденцией является восходящее поступательное развитие: развитие от низшего к высшему, от простого к сложному путем отрицания того, что стало тормозить развитие, с удержанием и использованием того, что способствует развитию на новом уровне. Но восходящее, прогрессивное развитие не исключает и временных регрессивных отступлений, движений назад. В целом в развитии природы, общества и человека преобладает прогрессивная тенденция.

Только идеологи империализма, выдающие собственную гибель за гибель мировой цивилизации, пытаются доказать, что развитие природы и общества происходит по нисходящей,

---

[1] Н. В. Голяховский. Материализм стихийный и материализм диалектический о пределе чувствительности протоплазмы к химическому раздражителю. X научная сессия Волгоградского медицинского института, 1950, стр. 16—17.

регрессивной линии. На основе этой упадочнической философии буржуазными идеологами создана теория, согласно которой количество и характер человеческих заболеваний зависят от уровня развития истории и цивилизации. С их точки зрения, чем выше находится общество по уровню своего развития, тем больше заболеваний оно порождает. Они сознательно игнорируют факты достижений мировой медицинской науки и практики, благодаря которым стало возможным либо искоренение ряда заболеваний, уносивших в прошлом миллионы людей, либо их ограничение.

Одним из требований, логически вытекающим из закона отрицания отрицания, является то, чтобы, разрушая старое, отрицая устаревшие теории, извлекать из них все то, что представляет какую-либо ценность. Известно, что органо-морфологический (вирховианский) метод в свое время был заменен функционально-физиологическим методом. Но при этом некоторые исследователи стали на путь голого, механистического отрицания того, что было сделано Р. Вирховым в области медицины.

В свою очередь целлюлярная (клеточная) патология Вирхова представляла собой отрицание гуморальной гипотезы происхождения болезней. Но это отрицание предшествующих учений было в основном механистическим. Например, Р. Вирхов отверг ценную мысль гуморалистов о роли «соков организма». Современное учение о внутренней секреции как бы восстановило в правах рациональное зерно в учении гуморалистов, вскрыв роль и значение механизмов гуморальной регуляции в жизнедеятельности организма. Являясь метафизиком, Р. Вирхов сконцентрировал свое внимание лишь на том, на что не обращали должного внимания его предшественники, но сам «не обратил внимания» на то ценное, что содержалось в их учениях.

Целлюлярная патология Р. Вирхова является в определенной мере возрождением солидарной (тканевой) патологии. Сам Р. Вирхов писал, что он «...старался реабилитировать в свое время столь посрамленную солидарную патологию». Но эта реабилитация солидаризма была произведена на качественно новой основе.

В определенном отношении история медицины, начиная с греко-римского периода, прошла трехступенчатый путь развития. Исходной ступенью, так называемым тезисом (тезой) древней медицины является наивное, но по существу стихийно-диалектическое воззрение на организм как на нечто единое, целостное. «...Мы видим сперва общую картину, в которой частности пока более или менее отступают на задний план, мы больше обращаем внимание на движение, на переходы и связи, чем на то, что́ именно движется, переходит, находится

в связи. Этот первоначальный, наивный, но по сути дела правильный взгляд на мир был присущ древнегреческой философии...»[1]. Вслед за Ф. Энгельсом и его же словами можно сказать, что «этот первоначальный, наивный, но по сути дела правильный», стихийно-диалектический взгляд на живой организм был присущ и древнегреческой медицине.

Гуморальное и солидарное направления исходили в конечном счете из стихийно-диалектического представления о целостности организма. Если материальным субстратом целостности организма, по мнению гуморалистов, является жидкость, соки организма, то основой целостности организма, по мнению представителей солидарного направления, являются атомы, взаимосвязанные и взаимодействующие друг с другом.

Это стихийно-диалектическое представление на организм как воплощение целостности (тезис) было подвергнуто замене, отрицанию со стороны локалистического учения Морганьи — Вирхова (антитезис). Правда, это отрицание носило в основном механистический характер, особенно по отношению к гуморализму.

Следует отметить, что развитие медицинской теории во многом воспроизводит путь развития философии. В философии как и в медицине, стихийная диалектика древних греков была подвергнута отрицанию со стороны метафизики нового времени.

Метафизическое, органо-локалистическое учение подверглось отрицанию, но не механистическому, а диалектическому отрицанию со стороны боткинско-павловского учения о нервизме (синтез). Принцип нервизма представляет собой диалектическое воззрение на организм как на целостность, обусловленную координирующей деятельностью высшей нервной системы. Неврогенная теория, созданная И. М. Сеченовым, С. П. Боткиным, И. П. Павловым, в высшем синтезе, на качественно новой основе восстановила представление древнегреческой медицины о целостности организма, конкретно обосновав материально-физиологический субстрат единства и целостности организма. Но, отрицая локалистические, метафизические воззрения Р. Вирхова, современная медицина использует все ценное, рациональное, содержащееся в целлюлярной патологии. Учение передовой современной медицины о диалектическом взаимоотношении общего и местного в патологии является синтезом того положительного, что содержалось в упомянутых предшествующих учениях. «Сохраняя синтетическую преемственность связей, медицина и в новом состоянии включает в себя морфологическую (клеточную) основу,

---

[1] Ф. Энгельс. Анти-Дюринг. Госполитиздат, 1957, стр. 20.

так же как и функциональную, но в то же время она должна качественно отличаться от медицины этих предшествовавших ступеней»[1].

Закон отрицания отрицания проявляется как в обществе, так и в органической и неорганической природе. Умелое применение его способствует глубокому пониманию тех диалектических процессов, которые происходят в нормальном и патологическом состоянии организма. Ряд нормальных и патологических процессов, происходящих циклически, находит объяснение с точки зрения закона отрицания отрицания.

Согласно основным принципам биогенетического закона, любой живой организм несет с собой не только собственно индивидуальные черты, но и ряд черт своих предков, приобретенных в процессе длительного филогенетического развития. Поэтому с точки зрения закона отрицания отрицания процесс размножения нужно рассматривать не только как «воссоздание нового организма из частицы, отделившейся от старого», но и как сохранение элементов старого в новом. Каждый новый организм в процессе онтогенеза впитывает в себя прежде всего те элементы старого, которые способствуют ему более тонко и дифференцированно приспособиться к окружающим условиям. Морфологические и функциональные качества, наследуемые новым организмом от своих предков, используются как опорная база для дальнейшего более адекватного приспособления к окружающей среде.

Проявлением отрицания отрицания в эмбриональном развитии животных и человека является рекапитуляция, т. е. некоторое повторение и воспроизведение свойств предков, которые исчезли у современных взрослых представителей. Примером[2] рекапитуляции является закладка у зародышей позвоночных жаберных щелей и жаберных аортальных дуг, которые характерны для их предков, имевших водный образ жизни; закладка у человека некоторых костей черепа из нескольких точек окостенения, соответствующих более многочисленным костным элементам черепа у низших животных и т. д. В дальнейшем эти зачатки органов, которые в процессе эволюции утратили свое значение, не просто редуцируются, т. е. подвергаются отрицанию, а дают начало новым органам. Так, из жаберного аппарата развиваются элементы висцерального черепа, дыхательные пути, бронхиогенные мышцы и т. д.

---

[1] Ф. Бородулин. Кризис современной медицины. Под знаменем марксизма. 1928, № 7—8, стр. 239.

[2] С. П. Касаткин, В. С. Сперанский. Анатомия человека и диалектический материализм. Труды первой научной конференции анатомов, гистологов и эмбриологов Средней Азии и Казахстана. Алма-Ата, 1961.

Известно, что спинной мозг возник раньше мозгового ствола. Но мозговой ствол в генетическом отношении рассматривается современной эмбриологией диалектическим отрицанием, т. е. качественным видоизменением верхнего отдела спинного мозга. «...Одним из важнейших факторов морфологической эволюции нервной системы является то обстоятельство, что новые отделы мозга возникают не за счет уничтожения старых отделов, а надстраиваются над старыми элементами. Старые отделы мозга и характеризующие их закономерности: механизмы и функции, отрицаясь новыми отделами, не уничтожаются ими, а включаются в новые механизмы и функции... Старый мозг вместе со всеми своими механизмами и связанными с ними функциями включается в новый мозг со всеми специфическими для него закономерностями. Закономерности нового мозга становятся руководящими у высших животных, старые же закономерности не уничтожаются, а снимаются, включаются в новые»[1].

Согласно общебиологическому закону необратимости эволюционного развития, организм никогда механически не воспроизводит исходные формы развития своих предков. В результате приспособления к меняющимся условиям жизни, к исходному состоянию организма (тезис) постоянно наслаиваются и надстраиваются новые признаки и свойства, которые в последующем ведут к замене, отрицанию исходного состояния, удерживая то, что способствует более тонкому и дифференцированному приспособлению к новым условиям жизни. «Магистральный» путь эволюции животного мира ведет от первичных комочков нуклеопротеидов, вероятно, сходных по своей структуре с современными вирусами, через доклеточные организмы, может быть, близкие к современным микробам, далее к простейшим — одноклеточным, а от них — к многоклеточным животным, развитие которых продолжалось по линии усложнения их организации, в соответствии с условиями их обитания»[2].

Таким образом, онтогенез — это диалектическое единство прошлого и настоящего, тезиса и антитезиса, т. е. приобретенного и вновь появившегося у того или иного вида под влиянием изменившихся условий жизни. Онтогенез — это своеобразный диалектический узел прошлого, настоящего и будущего.

Не только нормальные, но и патологические процессы в связи с восхождением живых существ по ступеням эволюци-

---

[1] М. С. Скобло. Об историческом методе в невропатологии. Журнал невропатологии и психиатрии, 1931, № 5, стр. 27.

[2] А. И. Щуренкова. О некоторых закономерностях возникновения и развития нервной системы в свете марксистско-ленинской теории отражения. Труды Душанбинского медицинского института, 1961, стр. 77.

онной лестницы все более усложняются, развиваясь от простого к сложному, от низшего к высшему, отрицая устаревшее и опираясь на старое, но соответствующее новым условиям развития. Например, И. И. Мечников говорил об усложнении воспалительных процессов в ходе эволюции животных. Если у личинки морской звезды фагоцитоз происходит без участия кровеносных сосудов и нервной системы, так как то и другое отсутствует у нее, то у высокоразвитых животных воспалительный процесс осуществляется при участии нервной системы и многих других частей организма.

Процесс возникновения и развития жизни и ее важнейших проявлений представляет многочисленную цепь следующих друг за другом отрицаний. Поэтому было бы неправильно рассматривать белковую молекулу как механический агрегат свойств более простых молекул, использованных при ее образовании. С возникновением белковой молекулы возник ряд совершенно новых качеств, типичных только для нее. Например, одним из вновь возникших качеств является способность образовывать коллоидные растворы, способность свертываться под влиянием солей тяжелого металла, кислот и т. д.

Другими словами, если исходные простые молекулы, использованные для построения белковой молекулы, принять за тезис, то белковая молекула будет представлять собой уже ее первое отрицание, т. е. антитезис. Белковая молекула (антитезис) отрицает более простые молекулы (тезис) не механически, а диалектически, т. е. при возникновении белковой молекулы элементарные молекулы используются как строительный материал. Белковая же молекула обогащается рядом новых качеств. Дальнейшее совершенствование белковой молекулы будет происходить на качественно новой основе.

Белковая молекула в свою очередь вступает в реакцию с сохранившимися молекулами более простых веществ (соли, вода) и с молекулами вновь возникших сложных по своей структуре органических веществ (углеводы, ферменты, липоиды). Здесь происходит не простое количественное объединение, а сложное структурное сочетание, качественно изменяющее индивидуальные свойства всех веществ, входящих в его состав. На базе нового отрицания (отрицания отрицания) возникает сложнейшее синтетическое явление, называемое жизнью.

Еще философ-идеалист Ф. В. Шеллинг (1775—1854) обратил внимание медиков на такое явление, когда в процессе развития ряда заболеваний происходит своеобразное повторение некоторых черт и особенностей филогенеза. Джексон, а позднее Л. А. Орбели и многие другие физиологи и медики склоняются к тезису, согласно которому при заболевании высокоразвитых (вышестоящих) органов и систем активизируют-

ся и получают статус относительной самостоятельности менее развитые (нижестоящие) ткани, клетки и т. п. Выключение нервных волокон, говорил Л. А. Орбели, ведет к возврату функциональных свойств мышечных волокон.

Но явление «омоложения», возврата к филогенетически пройденному этапу не есть механический возврат к прошлому. «Процесс этот только имеет сходство с теми явлениями, которые происходят на ранних этапах онтогенеза. Но это сходство ни в коем случае не является тождеством... потому, что эволюционный процесс необратим», это «... есть только повторение на высшем этапе эволюции, а следовательно, представляет собой качественно новое явление...»[1].

Проникновение в здоровый организм определенного болезнетворного агента порождает лихорадочный процесс, который сопровождается значительным повышением температуры. Реакция организма на болезнетворный агент является отрицанием нормы. При переходе от болезни к нормальному состоянию, т. е. при отрицании ее, организм в ряде случаев поднимается на новую ступень. А именно, он приобретает иммунитет, т. е. невосприимчивость, к данному заболеванию. В этом примере наблюдается трехступенчатость развития, или, говоря языком Гегеля, триада. Тезисом в анализируемом факте является здоровый организм. Его первым отрицанием, т. е. антитезисом, является болезнь. Синтезом, возникшим на базе второго отрицания, или отрицанием отрицания, является выздоровевший организм. Но синтез (выздоровевший организм) будет иметь ряд качественных, отличительных черт по сравнению с тезисом (организмом до поражения его болезнью).

Так, люди, перенесшие оспу, корь, скарлатину, становятся обычно не восприимчивыми к ним. Но качество выздоровевшего организма бывает самым разнообразным. В частности, продолжительность приобретенного иммунитета бывает неодинаковой у различных людей, что зависит от свойств организма, характера заболевания и условий среды. По отношению к холере, брюшному тифу, дифтерии и т. д. иммунитет может быть весьма непрочным и непродолжительным.

Часто в медицине возникает важный с теоретической и практической точки зрения вопрос о роли причинного фактора на различных ступенях патогенеза развертывающейся болезни. Ответ на этот вопрос дается (или подразумевается в практической деятельности врача) нередко в зависимости от того, остается ли причинный фактор при данной нозологиче-

---

[1] О. С. Глозман, А. П. Касаткина. Об общих законах патологии. Научные известия Казахского медицинского института. Алма-Ата, 1960, № 16, стр. 164.

ской единице в организме или его наличие можно установить лишь в начале болезни.

Применительно к последнему случаю роль этиологического фактора характеризуют афоризмом: «мавр сделал свое дело, мавр ушел». Отсутствие влияния причинного фактора на ряд последовательных звеньев патогенеза в данном случае очевидно, но здесь имеется опасность такого представления, по которому организм сам творит свою патологию, т. е. имеет опасность подмены патогенеза автогенезом.

В действительности же причинный фактор не может «уйти», не оставив следа в организме. В реакции организма на патогенный агент последний сохраняется в «снятом» виде, и каждое последующее звено патогенеза есть реакция на предыдущее, которое, таким образом, выступает повреждающим фактором вследствие того, что содержит в себе в «снятом» и преобразованном виде действие экзогенного этиологического фактора. Примером тому может служить роль стрептококка в возникновении ревматизма, когда в ответ на действие повреждающего агента в организме образуются антитела, которые называют аутоантигенами, так как они несут в себе повреждающий эффект и вызывают в свою очередь образование антител на себя.

В случае присутствия, например, инфекционного агента на всем протяжении болезни патогенез ее в общем виде должен быть представлен таким же образом, т. е. экзогенный фактор как таковой действует лишь в начальных звеньях патогенеза, а во всех последующих он представлен в снятом виде и непосредственно на них не действует. Примером тому может служить реинфекция, например при брюшном тифе, где новая доза микробов повторяет до конца патогенетический механизм этой болезни. Конечно, реинфекция не может являться точной копией первичного инфицирования, так как повторная атака болезни развивается в иных условиях, когда организм уже ослаблен, его защитные механизмы менее состоятельны в противодействии повреждающим воздействиям. Но важно то, что и в этом случае причина действует как бы заново.

Метафизическим является утверждение некоторых авторов, что после исчезновения болезненных явлений организм возвращается в исходное состояние. На самом деле, синтез никогда полностью не воспроизводит свой тезис как исходное состояние.

Мнение о том, что после исчезновения заболевания, например инфекционного, функции организма полностью восстанавливаются, является иллюзорным, кажущимся. В подобных случаях видимость принимается за сущность. Об отсутствии тождества между организмом до заболевания (тезис) и после выздоровления (синтез) говорит хотя бы то, что если до забо-

левания, например скарлатиной, оспой и т. д., организм не обладал иммунитетом к данным заболеваниям, то после выздоровления он приобретает свойство невосприимчивости к ним. Кроме того, в организме, перенесшем инфекционное заболевание (например, скарлатину), могут быть остаточные явления в виде ослабления сердечной деятельности и т. д.

В диагностической практике врач обычно переходит от формально-абстрактного диагноза болезни к патогенетическому диагнозу. Этот переход, с одной стороны, представляет углубление знаний от менее глубокой сущности болезни к более глубокой сущности, с другой — патогенетический диагноз диалектически отрицает формально-абстрактный.

Не преследуя цель вскрыть конкретные особенности болезни, формально-абстрактный диагноз ограничивается выявлением общих особенностей, присущих той или иной форме заболевания. Как указывают И. Н. Осипов и П. В. Копнин в работе «Основные вопросы теории диагноза», «...на стадии формального диагноза болезни устанавливается форма заболевания „ вообще" безотносительно к ее особенностям у данного больного.

Если врач остановится на этой стадии диагностического процесса, то ему неизбежно придется заниматься лечением „вообще" или, как принято выражаться, „лечить не больного, а болезнь"»[1].

Другими словами, формально-логический диагноз вскрывает преимущественно форму заболевания, но не конкретно-индивидуальное содержание болезни. При этом он дает характеристику болезни в ее статической форме, т. е. как результат развития патологического процесса, но не вскрывает сложного и противоречивого характера болезни. Патогенетический диагноз позволяет выявить конкретные, индивидуальные особенности течения болезни у того или иного конкретного больного. Он специфицирует и индивидуализирует болезнь.

Отрицание патогенетическим диагнозом формально-абстрактного диагноза заключается в преодолении его односторонности, абстрактности и ограниченности с удержанием и использованием положительного — установления нозологической формы заболевания. Опираясь на выявленную на ступени формального диагноза нозологическую форму, патогенетический диагноз дополняет болезнь конкретными и индивидуальными особенностями течения патологического процесса. Следовательно, здесь имеет место не механическое, а диалектическое отрицание.

---

[1] И. Н. Осипов и П. В. Копнин. Основные вопросы теории диагноза. Медгиз, 1951, стр. 176.

Творческое применение законов материалистической диалектики в теоретической и практической деятельности врача дисциплинирует его клиническое мышление, делает его более гибким, способным заглянуть в слабо «освещенные» уголки человеческого организма.

§ 5. Всеобщая взаимосвязь и взаимообусловленность явлений в медицине

В своей практической и теоретической деятельности врач должен всегда исходить из важнейшего положения материалистической диалектики о всеобщей взаимосвязи и взаимозависимости явлений и процессов. Результатом игнорирования этого диалектического положения было появление односторонних теорий опухолей (Р. Вирхова, Конгейма, инфекционная), односторонних теорий воспаления (Р. Вирхова, Конгейма, И. И. Мечникова, Россле), односторонних классификаций конституционных типов (Гиппократа, Сиго, Мюллера, Кречмера, А. А. Богомольца). Игнорирование этого положения приводило к односторонней переоценке значения макро- или микроорганизма в возникновении болезни, клинических наблюдений или лабораторных исследований в диагностике заболеваний, роли нервной или гуморальной системы регуляции в жизнедеятельности организма и т. д. Метафизическое мышление не позволяет видеть за той или иной стороной изучаемого процесса весь процесс в его сложной и весьма противоречивой диалектической взаимосвязи.

Важно не только признавать и находить объективно существующие связи. Нужно различать объективно существующие связи по их типу и характеру. Для врачебной теории и практики весьма важно видеть различие между существенными и несущественными, внутренними и внешними, опосредованными и непосредственными связями и отношениями.

Отождествление непосредственных и опосредованных связей между наследственностью организма и внешней средой, например, породило ряд механистических, ламаркистских теорий в биологии и медицине. Внешняя среда не прямо и не непосредственно изменяет наследственную основу организма, а через посредство изменения характера обмена веществ, через сложную и весьма опосредованную перестройку генетического материала. Механицисты же считают, что всякое изменение во внешней среде, как в зеркале, отражается на наследственной основе организма. Не учитывая сложной диалектической взаимосвязи внутреннего и внешнего, необходимого и случайного, механицисты утверждают, что любое изменение

во внешней среде прямо и непосредственно, притом адекватно, отражается на зародышевой основе организма (механоламаркизм).

Организм человека находится во взаимосвязи и взаимодействии с окружающей социальной и биологической средой. В то же время в самом организме ткани, системы и органы генетически и функционально-морфологически связаны друг с другом и находятся в состоянии взаимозависимости. Если исходить из сказанного, недопустимо, например, изолированное изучение функции того или иного органа без изучения морфологического субстрата и наоборот. Форма и функция, клетка и межклеточная среда, морфология и физиология образуют единый взаимосвязанный человеческий организм, координируемый центральной нервной системой.

Болезнь также представляет собой диалектически взаимосвязанное и взаимообусловливаемое противоречивое единство нарушения обмена веществ, расстройства кровообращения, воспаления, разрушения и восстановления тканей и т. д. Представляя собой определенную нозологическую (от греческого слова nosos — болезнь) единицу, болезнь не исчерпывается каким-либо одним патологическим явлением, а определяется целым комплексом генетически и причинно связанных процессов. При этом каждая болезнь имеет свой специфический материальный субстрат, представленный определенными морфологическими и функциональными изменениями.

Учитывая объективный характер всеобщей взаимосвязи и взаимозависимости, нельзя отрывать и противопоставлять общее и местное в организме. Взгляд на болезнь как на результат местного изменения органа или функции является ненаучным. Деление расстройства кровообращения на общее и местное, принятое рядом авторов и в настоящее время, страдает известным налетом метафизичности. На самом деле расстройства кровообращения обычно представляют собой следствие общих процессов, обусловленных рефлекторными механизмами. Уже давно доказано ведущее значение нервной системы в регуляции сердечно-сосудистой деятельности. Следовательно, всякое местное расстройство кровообращения является проявлением общего состояния организма.

Теория нервизма, созданная корифеями русской научной мысли И М. Сеченовым, С. П. Боткиным и И. П. Павловым, рассматривает вопрос о соотношении общего и местного в организме с диалектико-материалистических позиций. Согласно их взглядам, всякая болезнь является выражением страдания всего организма.

Отсюда вытекает весьма важный принцип практической медицины: лечить не болезнь, а больного с его конкретной болезнью.

Долгое время атеросклероз рассматривали как местное заболевание сосудов. Практика же доказала, что атеросклероз является лишь местным проявлением общего расстройства липоидного обмена веществ. В самом деле, при атеросклерозе липоиды откладываются и в клапанах сердца, и в медуллярном веществе почки, и в сухожилиях мышц и т. д. Развитие атеросклероза сопровождают два процесса: накопление липоидов и их отложение в стенках артерий.

Локалистический, метафизический взгляд на природу ряда заболеваний нанес медицине большой вред. Он отвлекал клиническое мышление врача от выявления общих объективных закономерностей развития организма. Такой подход часто вел либо к недооценке, либо к отрицанию функциональных расстройств организма.

Локалистический подход несовместим с признанием решающей роли центральной нервной системы в регуляции всех жизненно важных функций человеческого организма. Так называемые местные, локальные диагнозы, являющиеся нередко следствием одностороннего взгляда на организм как на федерацию клеток, органов и систем, порождали аналогичные, т. е. ограниченные и малоэффективные, терапевтические и хирургические способы борьбы с болезнью.

Таким образом, в законах медицины отражается необходимая взаимосвязь и взаимообусловленность физиологического и патологического состояния организма, его взаимодействие с окружающей средой, а также взаимосвязь различных органов и систем организма. В то же время законы медицины раскрывают сущность болезни лишь в самых общих чертах. Конкретная болезнь богаче и шире закона данной болезни, выраженного в нозологической единице. В свою очередь законы медицины являются специфическим проявлением общих законов диалектики, проявляющихся в нормальной и патологической жизнедеятельности организма. Отражая наиболее общие моменты объективной связи и развития, законы диалектики ориентируют мышление врача в единственно верном направлении, ускоряя и сокращая путь познания истины.

Отвергая виталистические и механистические взгляды на развитие организма, законы диалектики нацеливают на познание внутренних материальных источников и причин его развития как в нормальном, так и в патологическом состоянии, на познание специфических, качественных особенностей изучаемых явлений, на познание основных тенденций развития живого организма.

ГЛАВА IV

СООТНОШЕНИЕ КАТЕГОРИЙ ДИАЛЕКТИКИ С КАТЕГОРИЯМИ И ПОНЯТИЯМИ МЕДИЦИНЫ

§ 1. Общая характеристика философских категорий

В процессе познания сложной картины жизни организма, его нормальных и патологических проявлений первостепенное значение имеет умелое использование основных законов материалистической диалектики. Но для всестороннего познания организма необходимо использование и категорий диалектики как опорных гносеологических ступенек на пути проникновения в причины, сущность и содержание изучаемых процессов и явлений. Категории «суть ступеньки выделения, т. е. познания мира, узловые пункты в сети, помогающие познавать ее и овладевать ею»[1].

Категории диалектики по отношению к категориям медицины и биологии выступают как общее по отношению к единичному.

Еще Гегель охарактеризовал философские категории как сокращения бесконечного множества частностей внешнего существования. Являясь сжатым, конспективным отражением массы единичных явлений различных сфер действительности, отражая их общие особенности развития, категории диалектики выступают в роли своеобразного гносеологического компаса, надежно служащего представителю любой науки.

Связи и отношения между организмом и средой, между различными тканями, органами и системами внутри организма, как в здоровом, так и в патологическом состоянии, отражаются в сознании врача посредством специальных понятий, категорий и законов. Своеобразие и специфичность этих ка-

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 38, стр. 81.

тегорий обусловлены особенностями предмета изучения медицины. Являясь понятиями наибольшей, предельной общности, категории диалектического материализма отражают такие связи и моменты развития, которые имеют место в каждом процессе и явлении как общества, так и природы (неорганической и органической), как нормальной (здоровье), так и патологической (болезнь) жизнедеятельности организма.

Универсальность, всеобщность категорий диалектического материализма обусловливают необходимость их применения при изучении любых явлений и процессов, в том числе и медико-биологических.

Не давая конкретного ответа на вопросы о том, что такое жизнь, наследственность, здоровье, болезнь, иммунитет, аллергия, конституция и т. д., категории диалектики в то же время вооружают врача правильными методологическими принципами изучения и истолкования данных явлений.

Проследим взаимосвязь категорий (парных) диалектики с понятиями и категориями медицины. На конкретном медико-биологическом материале попытаемся показать методологическую, гносеологическую, эвристическую роль диалектико-материалистических категорий.

§ 2. Проблема причинности и условий в медицине

Одними из важнейших категорий материалистической диалектики являются категории причины и следствия. Как теоретическая, так и практическая медицина не может развиваться без правильного понимания и умелого использования этих категорий. Вокруг категорий причины и следствия применительно к медицине постоянно идет острая идеологическая борьба, которая часто выливается в форму механистического детерминизма (монокаузализм) или идеализма (конституционализм и кондиционализм) и т. д. Подобным толкованиям категорий причины и следствия противостоит единственно правильный диалектико-материалистической взгляд. Неправильное понимание категорий причины и следствия дезорганизует теоретическое мышление врача, отвлекает его от уяснения существа этиологии заболеваний. «... Знание причины, конечно, серьезнейшее дело медицины, — говорил И. П. Павлов. — Во-первых, только зная причину, можно метко устремиться против нее, а во-вторых, и это еще важнее, можно не допустить ее действия до вторжения в организм. Только познав все причины болезней, настоящая медицина превратится в медицину будущего, т. е. в гигиену в широком смысле»[1].

---

[1] И. П. Павлов. Сочинения. Т. II, 1946, стр. 358.

Клод Бернар, как и И. П. Павлов, считал причинность важнейшей теоретико-познавательной категорией. «Разум людской, — говорил К. Бернар в «Прогрессе физиологических наук», — не может себе представить действия без причины. Каждое явление возбуждает в нем идею причинности, и вся человеческая наука заключается в том, чтобы от замеченных нами явлений доходить до их причины».

Нужно изучать не только действующие, но и потенциальные причины возникновения болезней. Последние особенно важны для советской медицины, имеющей профилактический, социально-гигиенический характер.

Диалектический материализм стоит на позиции детерминизма, согласно которому все явления природы и общества причинно обусловлены. Не существует беспричинных явлений.

Как случайные, так и необходимые, как возможные, так и реально существующие явления и процессы порождаются определенными причинами в определенных условиях.

Под причинно-следственной связью диалектический материализм понимает необходимую связь двух явлений, при которой одно явление предшествует другому и порождает его. Причинность — это то, что порождает и определяет следствие при определенных (часто случайно складывающихся) условиях. Явления, находящиеся в причинно-следственной связи, должны предшествовать друг другу не только по времени, так как post hoc не всегда propter hoc — после этого не всегда в результате этого. Например, раньше считали, что частота пульса является следствием повышения температуры, так как второе явление иногда по времени предшествует первому. Сейчас выяснено, что оба эти явления имеют общую причину.

Важнейшим признаком причинно-следственных отношений между двумя процессами является наличие генетической связи между ними. Диалектический материализм исходит из признания объективности или субстанциальности (материальности) причины и ведет острую борьбу с идеалистическим пониманием этого вопроса. Подтверждением объективности причинно-следственных связей является, например, механизм возникновения и действия экстраполяционного рефлекса. Еще И. П. Павлов говорил о необходимости тщательного изучения таких сложных форм рефлекторной деятельности, которые лежат в основе образования причинно-следственных отношений. Исследованиями, проводимыми в настоящее время в лаборатории патологической физиологии Московского университета, руководимой проф. Л. В. Крушинским, доказано, что экстраполяционные рефлексы образуются на базе способности животных улавливать и отражать некоторые объективные

причинно-следственные связи и отношения между явлениями, вещами и процессами.

Применительно к медицине под причиной (кроме выше указанных признаков) следует понимать то, что придает специфичность и качественное своеобразие тому или иному процессу. Только учитывая этот весьма важный и типичный признак, присущий причине, можно найти тот объективный критерий, с помощью которого можно провести грань между причинами заболеваний и условиями, способствовавшими возникновению болезни. Под причиной современная патология понимает то, без чего патологический процесс не может возникнуть, несмотря на наличие определенных условий.

Различие между причинами и условиями заболеваний можно свести к следующему. Причина находится в необходимой генетической связи с определенными патологическими процессами; причина придает качественную специфику следствию, т. е. патологическому процессу.

Если причина болезни находится в состоянии необходимой и генетической связи с определенным патологическим процессом и придает качественное своеобразие следствию, то условия, во-первых, не находятся в необходимой связи с развитием данного патологического процесса и, во-вторых, не определяют основной качественно-своеобразной реакции организма. Условия — это совокупность факторов и обстоятельств, которые требуются для возникновения определенного следствия. В свою очередь, условия могут выступать в разной роли: они либо ускоряют, либо замедляют проявление причины. Соотношение причины и условий заболевания можно проиллюстрировать на следующем конкретном факте. Например, причиной туберкулеза, определяющей его качественное своеобразие и специфичность, является палочка Коха. Но при возникновении туберкулезного процесса, говорит Л. Н. Карлик[1], определенную роль играют и такие факторы, как изменение бронхов, ребер, локализация поражения и т. д. Эти факторы при туберкулезном заболевании играют роль условий, так как они не являются необходимыми для возникновения туберкулезного процесса как такового, хотя и способствуют болезнетворному проявлению палочки Коха. Если причина является необходимым, незаменимым фактором для развития того или иного патологического процесса, то условия представляют собой целый ряд взаимозаменяемых факторов.

В самом деле, туберкулезный процесс может возникнуть и при отсутствии изменения бронхов, ребер и т. д. В таком случае вместо этих условий могут быть другие. Следователь-

---

[1] Л. Н. Карлик. Патологическая физиология. М., 1936.

но, условия, при которых возникает специфическая картина заболевания, не являются внутренне необходимыми в отличие от причины. Кроме того, необходим дифференцированный подход к условиям заболевания, так как последние могут быть более существенными и менее существенными. В силу этого в борьбе с той или иной болезнью врач свое воздействие направляет не только на причины заболеваний, но и на ряд существенных условий, особенно социальных. Воздействуя на условия, врач, следовательно, оказывает воздействие и на причины заболеваний. Разумеется, грань между причинами заболевания и условиями, способствовавшими возникновению болезни, всегда относительна. Одной из гносеологических ошибок кондиционализма является неумение уловить ту тонкую диалектическую грань, которая отделяет причину от условий. При определенных обстоятельствах причины и условия могут поменяться местами, т. е. условия могут превратиться в причины и наоборот. Внешние и внутренние условия могут выступать в роли причины тогда, когда они порождают те или иные специфические особенности болезни или вызывают определенные вариации в ее течении.

«Основное отличие (причин от условий. — *Г. Ц.*) заключается в том, что в то время как причина стоит в необходимой связи с данным явлением, вызывая то или иное качество реакции организма, условия не стоят в необходимой связи с развитием данного явления и своим действием не вызывают основного качества реакции организма, хотя и накладывают известный отпечаток на специфическом проявлении процесса»[1].

Следует указать, что в нашей медицинской литературе встречается еще одностороннее понимание специфичности как свойства, якобы порождаемого лишь той или иной болезнетворной причиной. Видимо, подобное понимание специфичности как порождаемой лишь болезнетворным агентом (причиной) является реакцией на кондиционализм. Если кондиционалисты отрицали за причинами (причины они отождествляли с условиями) способность специфицировать болезненный процесс, то некоторые исследователи способность специфицировать болезненный процесс видят лишь в причине, т. е. болезнетворном агенте (биологическом, физическом, химическом и т. д.). Правильнее будет считать, что при определенных обстоятельствах и условия в той или иной мере могут оказывать специфическое влияние на возникновение, течение и исход болезни. Вариации болезни, ее клинические проявления, зависящие от многочисленных условий, от индивидуальной реактивности заболевшего организма, также характеризуют специфичность болезни.

---

[1] Л. Н. Карлик. Патологическая физиология. М., 1936, стр. 44.

Известно, что один и тот же инфекционный агент, например стрептококк, у одного человека может вызвать рожу, у другого — сепсис, у третьего — асбцесс. Кроме того, аналогичные изменения ткани могут давать и разные микробы или даже отравление ядовитым веществом немикробного происхождения. Все это говорит о том, что известную долю специфичности болезни придают и условия (внутренние и внешние) существования организма. Туберкулезная палочка и бледная спирохета являются специфическими возбудителями резко различающихся между собой заболеваний. Но эта специфичность проявляется лишь в определенных условиях, и она значительно стирается, вызывая трудности дифференциального диагноза, например при некоторых поражениях кожи туберкулезной и сифилитической этиологии. «Специфичность инфекционного раздражителя подтверждается и тем, что каждое инфекционное заболевание, вызываемое различными возбудителями, по своим основным клиническим и эпидемиологическим проявлениям укладывается в определенную схему»[1]. Конечно, необходимо видеть различие между специфичностью болезни, порождаемой болезнетворным агентом (причиной) и определенной специфичностью болезни, зависимой от условий. Причина обусловливает качественную определенность болезни, специфику процесса, отличающую одну нозологическую единицу от другой, то общее, что присуще всем клиническим формам проявления данной болезни. Условия же придают болезни ряд дополнительных черт и особенностей, индивидуализируют форму ее проявления. Если специфичность, порождаемая болезнетворным агентом, является первичной и решающей, придающей болезни качественное своеобразие, то специфичность, детерминируемая условиями, является производной, а иногда и второстепенной.

Иногда и условия, резко меняя реактивность и другие свойства организма, могут накладывать такой глубокий отпечаток на течение болезни, что вызывают некоторые ее отклонения от нозологической формы, придают ей атипичные черты и особенности. Полное отрицание за условиями способности оказывать определенное специфическое влияние на болезнь является недооценкой активной и многогранной роли внешней и внутренней среды в модификации болезни. Все сказанное не ведет к отождествлению причин и условий. Разумеется, различные формы туберкулеза возникают лишь в результате внедрения в организм туберкулезной палочки Коха, брюшной тиф взникает лишь вследствие внедрения брюшнотифозной бациллы и т. д. В результате внедрения в организм туберку-

---

[1] Н. В. Сергеев. К проблеме этиологии и патогенеза. Дискуссия по проблеме этиологии и патогенеза. Тезисы докладов и выступлений. Рязань, 1954, стр. 39.

лезной палочки не может возникнуть брюшной или сыпной тиф, несмотря на то или иное влияние условий. В этом смысле лишь болезнетворный агент как чрезвычайный раздражитель придает болезни качественное своеобразие и специфицирует ее. Но в зависимости от состояния реактивности организма и окружающих условий данная болезнь может принять острую или неострую форму, затянуться на длительное время или мгновенно исчезнуть и т. д. А все это вместе взятое придает болезни определенную специфику, специфику второго порядка. Специфика, определяемая условиями, является своеобразной надстройкой над основной спецификой, порождаемой причиной, т. е. болезнетворным агентом.

Некоторые микроорганизмы, в частности стрептококки, вызывают различные заболевания. Это различие болезней зависит не только от специфики стрептококка, но и от внутреннего состояния (условий) организма.

Таким образом, в разных заболеваниях специфическое влияние причинного фактора и условий (внешних и внутренних) неодинаково.

В основном под причинами патологических процессов понимают факторы окружающей среды. Подобные причины в медицине принято называть экзогенными. Кроме того, существуют и внутренние (эндогенные) причины заболеваний. Но нельзя метафизически противопоставлять внутренние причины заболеваний внешним. Внутренние и внешние причины находятся в состоянии диалектического единства. Внутренние причины заболеваний представляют собой своеобразную форму проявления внешнего. В конечном счете внутренние причины заболеваний детерминированы внешними факторами. Например, предрасполагающая к возникновению того или иного заболевания наследственность как внутренняя причина заболевания в конечном счете обусловлена всей совокупностью внешних и прежде всего социальных факторов. Или, например, болезнетворные внешние факторы (внешняя причина), воздействуя на живой организм, вызывают определенные нарушения в данном организме, а эти нарушения могут стать внутренней причиной возникновения нового патологического процесса. Допустим, ожирение, явившееся следствием нарушения режима питания (внешняя причина), может быть внутренней причиной расстройства кровообращения и т. д. Другими словами, врач всегда должен выявлять диалектику внутреннего и внешнего, их общность и различие.

Не только причины заболеваний, но и условия, влияющие на возникновение и развитие заболевания, также подразделяются на внутренние и внешние. Под внутренними условиями понимают свойства самого организма, сложившиеся в результате его взаимодействия с окружающей средой. Под внешними

условиями понимают такие факторы, как труд, жилище, климат, почва и т. д.

Причина заболевания всегда действует в совокупности с определенными условиями. Еще Гален говорил, что «ни одна причина не может вызвать заболевания, если налицо нет восприимчивости организма», т. е. внутренних благоприятных условий. В свою очередь внутренние и внешние условия могут быть как благоприятными, так и неблагоприятными для возникновения болезни. Следовательно, болезнетворный агент представляет собой возможность возникновения болезни. Но эта возможность превращается в реальное заболевание лишь при наличии соответствующих благоприятных условий. Болезнетворные агенты биологического, физического и химического порядка, являясь непосредственной и специфической причиной болезни, определенным образом преломляются через социально-экономические условия жизни человека.

Диалектико-материалистический взгляд на соотношение внутренних и внешних причин и условий методологически вооружает врача в борьбе против всевозможных разновидностей конституционализма, кондиционализма, монокаузализма и т. д. Например, одной из гносеологических ошибок конституционализма является механистическое противопоставление внутренних причин и условий заболевания внешним причинам и условиям болезни, переоценка и абсолютизация первых и полное игнорирование вторых. Конституционализм является одной из разновидностей автогенетических воззрений на развитие болезни.

Познания причинно-следственной связи еще недостаточно для уяснения сущности той или иной болезни, так как в подобных случаях выясняется лишь генетическая связь между двумя явлениями или процессами.

В. И. Ленин говорил, что «... человеческое понятие причины и следствия всегда несколько упрощает объективную связь явлений природы, лишь приблизительно отражая ее, искусственно изолируя те или иные стороны одного единого мирового процесса»[1]. Причинность не может охватить всех форм связи данного процесса или объекта с окружающей действительностью. При изучении того или иного патологического процесса врач отвлекается от всего богатства и многообразия связей этого процесса, вычленяя из них сначала лишь небольшую часть, в которой одно явление выступает в роли причины, а другое — в роли следствия. Так как причинно-следственные связи отражают незначительную часть многообразных объективных связей, то при изучении патологических процессов нельзя ограничиваться лишь выявлением причин

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 14, стр. 143.

заболеваний. Наряду с познанием причин заболеваний необходимо учитывать всю совокупность условий, в которых данная причина производит тот или иной патологический эффект.

Действительно, всякая болезнь является результатом взаимодействия многих причин и условий. При возникновении и течении болезни одни факторы взаимодействуют и переплетаются с другими: одни факторы усиливают болезнь, другие ослабляют ее, одни факторы наслаиваются на другие и т. д. В процессе патогенеза одно явление может породить второе, второе явление в свою очередь порождает третье и т. д., причем каждое вновь возникающее явление оказывает соответствующее влияние на предшествующее, усиливая или ослабляя его. В подобных случаях цепь причинно-следственных отношений замыкается и возникает, как принято говорить в медицине, порочный круг. Например, расстройство деятельности центральной нервной системы ведет к недостаточности дыхания, кровообращения, к гипоксии (недостаточности кислорода в крови). Гипоксия как следствие расстройства центральной нервной системы превращается в причину дальнейшего усиления расстройства центральной нервной системы и т. д. Имея в виду сложность причинно-следственных отношений, А. Д. Сперанский говорил, что «первое следствие первой причины есть причина дальнейших последствий». Кроме того, нужно учитывать возможность изменения как причины, так и следствия. В силу этого, указывает В. Г. Вогралик[1], устранение первопричины болезни далеко не всегда обеспечивает полный успех врачебного вмешательства.

Чтобы разобраться в «порочном круге» причинно-следственных отношений, нужно всегда находить основную, ведущую причину патологического процесса и вырабатывать соответствующие меры для ее ликвидации или обезвреживания.

Сложность причинно-следственных отношений, трудность выявления причины той или иной болезни состоит еще и в том, что действие причины по времени часто совпадает с одним из сопутствующих условий. Если, например, при лечении болезни тем или иным средством через определенный промежуток времени наступает выздоровление, то это еще не дает полного основания утверждать, что причиной выздоровления явилось применяемое лекарство. Причиной могли быть и другие факторы (например, хороший режим), а лекарство могло быть лишь сопутствующим условием. Согласно законам логики, чем чаще наблюдается подобное совпадение, тем больше оснований предполагать, что данное лекарство было причиной выздоровления.

---

[1] В. Г. Вогралик. Об основных руководящих положениях современной практической медицины. Ставрополь, 1946.

Если явление всегда предшествует или обязательно сопутствует другому, то оно может находиться с ним в определенной генетической причинно-следственной связи. В данном случае эти явления могут либо находиться в непосредственной причинно-следственной связи, либо иметь общую, но скрытую и отдаленную причину.

Методологическая безоружность часто приводит к тому, что врачи в своей практической деятельности отождествляют такие факторы, как причина, условие и повод. Возможность такого отождествления усиливается тем, что до настоящего времени еще не раскрыты причины ряда болезней, например опухолей, язвенной, гипертонической болезни и т. д. Одной из благоприятных предпосылок для подобного отождествления является и то, что непосредственная причина болезни в своем действии в большинстве случаев сочетается с другими не безразличными для организма факторами. Нередко простая последовательность явлений во времени отождествляется с причинно-следственной связью. Часто факторы, способствующие проявлению и обнаружению болезни, а в действительности являющиеся лишь поводом к развитию данной болезни, принимаются за причины заболевания. То или иное условие или их сочетание, благоприятствующее возникновению болезни, также может быть принято за причину исследуемого заболевания. В этой связи большой интерес представляют экспериментальные данные, полученные Л. Зильбером и его сотрудниками. На основании этих материалов он делает вывод, что канцерогенные вещества являются лишь патогенстическими факторами, создающими в организме благоприятные условия для развития имеющихся в организме вирусов как причины ракового заболевания. Другими словами, канцерогенные вещества, по мнению ряда ученых, являются лишь условиями, а не причинами возникновения опухолей.

Что следует понимать под поводом применительно к патологии? Повод — это тот или иной внешний или внутренний фактор, обусловливающий лишь момент возникновения болезни под влиянием определенной совокупности благоприятных причин и условий. Повод является внешним и случайным фактором по отношению к основным причинно-следственным связям, лежашим в основе болезни, представляя собой некое разрешающее условие. Повод не может оказать определяющего и специфического влияния ни на причину, ни на следствие и соответственно ни на этиологию, ни на патогенез болезни. При наличии причины и благоприятных условий болезнь возникает и без видимого повода.

Часто повод выступает в роли внешнего и внезапного ускорителя, катализатора, своеобразного пускового механизма, уже созревшего заболевания. Нередко в роли повода могут

выступать те или иные неосновные условия заболевания. В частности, при наличии в организме пневмококковой инфекции (причина) и благоприятных условий для данного заболевания (нервных, гуморальных и т. д.) внезапное сильное переохлаждение организма может привести в действие весь механизм заболевания. Переохлаждение в указанном случае играет лишь роль повода, внешнего стимулятора, своеобразного пускового механизма.

Диалектико-материалистическое понимание причинно-следственных связей, учет сложного и противоречивого взаимодействия причин и условий заболевания организуют и научно дисциплинируют врачебное мышление, позволяют вскрыть несостоятельность метафизического и идеалистического истолкования данной проблемы.

Только с позиций диалектического материализма можно показать всю несостоятельность таких метафизических и идеалистических теорий, как монокаузализм, кондиционализм, конституционализм и т. д.

Большую опасность для клинического мышления представляет механистическое понимание причинности, ведущее к отождествлению причины и следствия. В подобных случаях причина приравнивается к следствию, стирается их качественное различие. Механицисты рассматривают причинно-следственные отношения с односторонней, количественной точки зрения. По их мнению, «причина и следствие равны. Следствие исчерпывает причину или, что то же, следствие равно ей»[1]. Механицист отрицает возможность возникновения в следствии чего-либо нового по сравнению с причиной.

В действительности причинно-следственные отношения несравненно богаче. Между причиной и следствием существуют не только количественные, но и качественные отношения. Еще Гегель обращал внимание на эту сторону вопроса. «Дождь — причина и мокрота — действие, суть одна и та же — существующая вода»[2]. Если в количественном отношении нет разницы между водой, содержащейся в грозовой туче, и водой, упавшей на землю, то в качественном отношении между дождем и мокротой существует большое различие. Механицизм в медицине отвлекается от качественной стороны взаимоотношений причины и следствия. Не случайно механицисты попадание бактерий в организм (причина) считают равнозначным развитию аналогичной болезни (следствие). Все многообразие связей между микроорганизмом и макроорганизмом, между микробом, больным организмом и окру-

---

[1] А. А. Богданов. Философия живого опыта. Изд. 3-е, М.—Птг., 1923, стр. 211.

[2] Гегель. Энциклопедия философских наук. Логика. Т. I. Госсоцэкономиздат, 1930, стр. 256.

жающей средой они сводят к простому соприкосновению организма с микробом. Например, монокаузализм как ярко выраженное метафизическое и механистическое течение в медицине исходит из того, что любая болезнь обусловливается лишь воздействием одной причины. Проникший в организм микроб (причина) якобы адекватен возникновению болезни (следствие). Один из тезисов монокаузалистов — «инфекционное заболевание порождается действием одних микробов» — не учитывает проблему индивидуальной восприимчивости организма и исходит из того, что болезнь — это пассивный, страдательный процесс, обусловленный лишь воздействиями внешних причинных факторов. Монокаузализм был далек от понимания того, что болезнь зависит не только от особенностей болезнетворного воздействия, но и от состояния организма, определяемого сложным взаимодействием внешних и внутренних факторов.

Монокаузализм исходил из того, что в следствии не может быть ничего иного, кроме того, что содержится в причине. К механической форме движения материи это положение применимо. Исходя из этого постулата механики, ученые изучали движение небесных тел в космосе и перемещение макротел на земле и т. д.

Но этот постулат оказался неприменимым для объяснения закономерностей высшей, биологической формы движения материи — жизни, в ее нормальном и патологическом состоянии. При изучении соматических и психических явлений, при изучении биологических процессов встречаются феномены, говорящие об отсутствии равенства между причиной и действием. Не находя равенства, а тем более тождества, ученые в то же время видели некий остаток, нечто новое, не содержащееся в причине. Таким образом, помимо механического типа причинно-следственных связей, роль которого монокаузалисты возвели в абсолют, существуют и другие, более сложные формы и типы причинно-следственных взаимоотношений.

Хронологически возникновение монокаузализма приходится на период бурного развития микробиологии и бактериологии. Монокаузализм был прогрессивным для своего времени течением. В противоположность витализму, агностическим взглядам на миазмы и учениям о гипотетических причинах болезни монокаузализм ориентировал внимание врачей на отыскание материальных причин, материального субстрата болезней.

Методологической основой монокаузализма является механистический детерминизм. В период возникновения монокаузализма механистический детерминизм был широко распространен не только в механике, физике и химии, но и в биологии и медицине. С точки зрения монокаузалистов каж-

дый микроб неизбежно порождает болезнь; болезней столько, сколько микробов. Условия при возникновении болезней, по мнению монокаузалистов, не играют никакой роли. Механистический детерминизм, положенный в основу монокаузализма, вел к фатализму и парализовал силы врачей, обрекая их на созерцательность и выжидание. Если каждый микроб, несмотря на состояние организма и характер окружающей среды, с неизбежностью порождает болезнь, то роль гигиенических и профилактических мероприятий, роль деятельности врача сводится на нет. Возводя в абсолют роль причинного фактора в возникновении болезней и полностью игнорируя роль условий, монокаузализм объективно превратился в орудие защиты капиталистического строя. Он отвлекал внимание трудящихся масс от пагубных условий буржуазного строя, порождающего массовые заболевания и ведущего к высокой смертности и инвалидности трудящихся.

Практика опровергла умозрительные выводы монокаузалистов. Было доказано, что при проникновении инфекционного начала в организм не всегда возникает болезнь. Болезнь возникает тогда, когда инфекционный агент соответствующим образом преломится через внутреннее состояние организма, которое в конечном счете зависит от окружающих условий и прежде всего от социально-экономических факторов.

Отечественные и советские патологи и клиницисты, показывая несостоятельность монокаузализма как одной из разновидностей механицизма и метафизики, развили важнейшие методологические проблемы этиологии заболеваний.

Рассматривая причинный фактор в тесной связи с условиями заболевания организма, А. А. Богомолец говорил, что в зависимости от условий одна и та же причина может вызвать разнообразные патогенетические проявления болезни. Качество и специфика болезни зависят не от одностороннего влияния условий, как думали кондиционалисты, и не от одноактного воздействия причинного фактора, как полагали монокаузалисты, а от взаимодействия ослабленного и, следовательно, предрасположенного к болезни организма с чрезвычайным, патогенным раздражителем и окружающей организм средой. Любой фактор среды при наличии благоприятных для болезни условий может стать патогенным и, наоборот, при отсутствии таковых потенциальный патогенный фактор является безвредным.

В борьбе с механистическими взглядами на причинность отечественные медики (М. Я. Мудров, С. П. Боткин, А. А. Богомолец и др.) выдвинули положение, согласно которому патологический процесс на различных стадиях своего развития нельзя рассматривать как односторонне зависимый от характера и особенностей причины. В этой связи А. А. Богомолец,

например, подчеркивал роль внутреннего состояния организма, особенностей функционально-физиологических взаимосвязей различных тканей, органов и систем организма. Характер и состояние болезни зависят не только от производящей причины, «первопричины». Ход дальнейшего развития болезни в значительной мере определяется ею созданными внутренними условиями организма, включая и последствия врачебного вмешательства, и т. д. Сложная причинно-следственная связь, причинно-следственные взаимопревращения и переходы в развитии патологического процесса обусловлены тем, что различные органы и системы организма находятся в состоянии функциональной взаимосвязи.

Проявление монокаузализма встречается и в работах некоторых современных авторов. В частности, уступкой монокаузализму является точка зрения некоторых инфекционистов, согласно которой ведущая роль в инфекционном заболевании отводится микробному фактору, его количественной и качественной характеристике (вирулентность, патогенность и т. д.). При подобном взгляде макроорганизму по существу отводится роль питомника для микроба. В этом случае организм представляется как пассивное и зависимое от микроба начало.

Бóльший или меньший удельный вес той или иной стороны диалектического взаимодействия (микро- и макроорганизма) зависит от конкретных условий возникновения и течения болезни (характер микро- и макроорганизма, входные пути и т. д.). Известно, что «континентальная» разновидность чумной палочки независимо от путей проникновения в организм и даже его состояния вызовет тяжелое течение болезни, в то время как «океаническая» разновидность — более легкую (бубонную) форму заболевания и т. д. «Имеются примеры, говорящие о единственной и решающей роли в реакциях организма микробного фактора (вирус), против которого человеческий организм в естественных условиях, несмотря на длительную историю их взаимодействия, не выработал никаких защитных средств, например, против вируса бешенства»[1].

Механическим отрицанием монокаузализма является кондиционализм. Являясь реакцией на засилие монокаузализма, кондиционалисты впали в другую крайность — стали полностью отрицать роль причинного фактора в возникновении болезни. «... Кондиционализм представляет собой идеалистическое отрицание причинности на основе ее механистического понимания»[2]. Кондиционализм также является метафизиче-

---

[1] Н. В. Сергеев. К проблеме этиологии и патогенеза. Дискуссия по проблеме этиологии и патогенеза. Тезисы докладов и выступлений. Рязань, 1954, стр. 39.

[2] П. Я. Гальперина. О правах каузального и кондиционального мышления в медицине. Врачебное дело, 1931, № 13—14, стр. 643.

ским направлением в медицине. Для него характерна односторонняя переоценка роли условий и полное отрицание причинного фактора. Основоположниками и крупнейшими представителями кондиционализма являются известный физиолог Макс Ферворн и патолог Ганземан, в своих философских взглядах стоящие на позиции субъективного идеализма.

В своей речи «Каузальное и кондициональное мировоззрение»[1] Ферворн пытается доказать несостоятельность принципа причинности и его неприменимость в медицине. Ферворн «обвиняет» причинность в мистицизме и религиозности. Возникновение каузального (причинного) мышления Ферворн связывает с эпохой анимизма, считая убежденность людей в объективном существовании каузальных связей следствием одухотворения людьми природы и ее сил, следствием антропоморфизации объективной действительности. Если в древнюю эпоху, по мнению Ферворна, носителем каузальности считали бога, душу, то и в более позднее время принцип причинности неизбежно связывается с мистическими понятиями энтелехии, силы и т. д. Все это, по мнению Ферворна, говорит о мистичности каузального мышления. Критикуя мистическое и механистическое понимание причинности, Ферворн приходит к ее полному отрицанию. «Ни одно условие, — говорил Ферворн,— не может быть более чем необходимым. Для причины же нет здесь места».

Если некоторые кондиционалисты и признавали существование причинности, то давали ей субъективно-идеалистическое толкование. Идя по стопам Беркли, Юма, Маха и Авенариуса, кондиционалисты лишили причинность ее объективного, субстанционального содержания. В полном согласии с субъективно-идеалистической философией Беркли, Юма, Маха и Авенариуса под причинностью кондиционалисты понимали не более как свойство человеческого разума замечать последовательную смену одного явления другим, одних ощущений — другими. Условия, по мнению кондиционалистов, зависят от опыта познающего субъекта (врача, пациента). В силу этого кондиционализм Ферворна — Ганземана превращается в удобное средство извращения действительности.

Ставя возникновение болезни в абсолютную зависимость от условий, под последними они часто понимали не что иное, как результат «чистого опыта», т. е. продукт творчества самого наблюдателя (врача, пациента и т. д.). Другими словами, философский эмпириокритицизм, распространенный на медицину, породил метафизическое и идеалистическое течение в лице кондиционализма.

---

[1] M. Verworn. Kausale und konditionale Weltanschaung, 1912.

Проблема болезни решалась кондиционалистами с махистских, кантианских позиций. Рассматривая болезнь как сугубо внутреннее, эндогенное, явление, кондиционалисты делали вывод, что для проявления болезни достаточно одних неспецифических воздействий извне, т. е. со стороны условий. Отрицанием специфического причинного фактора болезни кондиционалисты обезоруживали практическую лечебную медицину. Вполне очевидно, что без устранения причины болезни или ее нейтрализации лечение больного не может быть успешным.

Если в своих наиболее общих философских выводах кондиционалисты окружающим человека условиям давали субъективно-идеалистическое толкование, лишали их объективного, субстанционального содержания, то в частных медицинских работах окружающие условия иногда трактовались стихийно-материалистически.

Болезнь, по мнению Ферворна, возникает при наличии совокупности всех условий, а выявление главных и второстепенных условий — это якобы пустая трата сил. Правда, некоторые кондиционалисты, видя шаткость своих позиций, стали подразделять условия на главные и второстепенные, на предрасполагающие и детерминирующие. Практически всю проблему этиологии болезней кондиционалисты сводили к механическому набору массы случайных условий, которые якобы в подобном сочетании оказали неблагоприятное влияние на организм человека и, следовательно, породили болезнь.

Из положения о случайном сочетании массы условий как важнейшей предпосылке любого заболевания логически вытекают целеустремленные политические выводы. Раз болезнь является неизбежным результатом случайного сочетания условий, раз не существует главных, решающих причин и условий заболеваний, то нельзя считать капиталистическую систему главным условием высокой заболеваемости и преждевременной смерти трудящихся.

Условия, порождающие болезнь, рассматриваются кондиционалистами с точки зрения функциональной математической зависимости чисел. Понятие функциональной зависимости из физико-математических наук было перенесено Махом и Авенариусом в философию, из философии оно было перенесено кондиционалистами в медицину. Математическая функция рассматривает лишь внешнее координирование переменных величин.

Механическое перенесение математического понятия функциональной зависимости в медицину поставило последнюю на путь голого эмпиризма и поверхностного описания различных условий, якобы в совокупности порождающих болезнь. Применяя понятие функциональной зависимости, кондиционалисты превратили медицину в бессмысленный набор

всевозможных математических формул и абстракций. Задача медицины, по мнению кондиционалистов, заключается в том, чтобы самым подробным образом описать все условия, якобы в своей сумме вызывающие болезнь.

Например, А (болезнь) = В (первое условие), С (второе условие) и т. д. Каждое условие также состоит из ряда механически слагаемых компонентов. Например, $B = B_1C_1$ и т. д. В свою очередь второе условие — С — также разлагается на ряд компонентов. Так же обстоит дело и со всеми последующими условиями. Следовательно, кондиционалисты представляли себе медицину как сугубо описательную дисциплину. Они лишали болезнь ее качественного своеобразия, порождаемого специфической причиной при наличии благоприятных для ее возникновения условий.

Современная зарубежная медицина во многом опирается на важнейшие гносеологические и методологические принципы кондиционализма. В частности, их позиции совпадают в понимании важнейшей проблемы патологии — причинности. Характерны и во многом типичны для современной зарубежной медицины идеалистического направления взгляды Ито Шунтаро[1], высказанные им в статье «Биологическое познание и современная физика». Основной философской мишенью, против которой направлены теоретические стрелы Ито Шунтаро, является «каузальный детерминизм». Отождествляя материализм вообще (в том числе и диалектический материализм) с одной из его форм — метафизическим, механистическим материализмом, Ито Шунтаро делает безапелляционный вывод о его несостоятельности. При этом основные факты, показывающие, по его мнению, несостоятельность материализма, заключены в открытиях современной квантовой физики.

Вместо принципа причинности Ито Шунтаро предлагает внедрить в биологию и медицину принцип «холистской каузальности», согласно которому целое не тождественно арифметической сумме его частей, принцип неопределенности Гайзенберга и принцип Иордана — Берталанффи об индетерминизме биологических явлений. Другими словами, через отрицание детерминизма и причинности в биологии и медицине Ито Шунтаро приходит к отрицанию материалистических принципов медико-биологических наук и к проповеди идеализма в форме индетерминизма, принципа неопределенности и т. д.

Нередко принципу причинности теоретики современной буржуазной медицины и биологии противопоставляют уже

---

[1] Ito Schuntaro. Biologische Erkenntnis und Moderne Physik. Philos. Sci., 1958, № 3, S. 145—147.

использованный кондиционалистами и фальсифицированный принцип функциональной зависимости чисел и телеологические, виталистические воззрения на жизнедеятельность организма, его здоровье и заболеваемость.

Правильное уяснение причинно-следственных связей, уяснение диалектики причин и условий заболеваний имеет большое теоретическое и практическое значение. К сожалению, даже в советской медицинской науке, в целом опирающейся на плодотворные принципы диалектического материализма, иногда встречаются те или иные рецидивы механицизма и кондиционализма.

В последнее время некоторыми авторами предпринята попытка механического объединения этиологии и патогенеза в так называемый этиопатогенез. В данном случае по существу стирается качественная грань между причинным фактором (этиология) и механизмом развития заболевания (патогенез); стирается различие между причинами, породившими болезнь, и причинно-следственными связями в уже заболевшем организме. Так называемый этиопатогенез является утонченной формой монокаузализма, своеобразным неомонокаузализмом. Этиопатогенез невольно ведет к недооценке роли внешних условий и прежде всего социальных факторов в возникновении и дальнейшем развитии болезни. На самом деле развитие болезни обусловливается не только изменениями, детерминированными причинным фактором во время его воздействия на организм, но и массой последующих изменений, возникающих в процессе развития заболевания.

Некоторые зарубежные ученые-медики пытаются примирить принцип причинности и кондиционализм. Например, Эмиль Фрешелье в статье «О каузализме и кондиционализме в медицине»[1] говорил: «Кондиционализм с точки зрения теории мышления неопровержим, но он разбивается при каждой попытке действовать. Так и мы, врачи, действуя на наш объект, на больного, ищем причину его болезни, что необходимо для предупреждения и лечения болезни... Как практические врачи, мы, таким образом, стоим в самой середине царства причинных явлений, в то время как в качестве естествоиспытателей мы должны быть кондиционалистами».

В то же время многие прогрессивные зарубежные ученые подвергают критике важнейшие положения монокаузализма и кондиционализма. В частности, чешский ученый Росыпал в работе «Против кондиционализма в биологии»[2] рассматривает кондиционализм как одну из медико-биологических разно-

---

[1] См. Wien Klinische Wochenschrift, 1933, № 3.

[2] S. Rosypal. Proti kondicionalismu v biologii. Ceskosl. biol., 1954, № 5, 305—313.

видностей агностицизма и говорит о его непригодности для естественных наук.

Таким образом, теоретическое истолкование тех или иных патологических явлений на базе принципа детерминизма будет облечено в правильные научные формы лишь тогда, когда логика теоретического и клинического мышления врача будет аналогом объективной диалектики органических процессов в норме и патологии.

§ 3. Значение категорий необходимости и случайности для медицины

Необходимость и случайность неразрывно связаны с причинностью и другими категориями материалистической диалектики. Не существует беспричинной необходимости и случайности. Причины необходимых процессов и явлений заключены внутри них или в совокупности обстоятельств, постоянно их сопровождающих. Причины же случайных явлений находятся за пределами этих явлений, во внешних обстоятельствах, постоянно не связанных с ними.

Когда раскрывается закономерность внутренних причинно-следственных рядов, тогда раскрывается необходимость процесса. Когда же рассматриваются складывающиеся независимо от этих закономерностей внешние условия их осуществления, то тот же процесс объективно является в каждый данный момент «случающимся». Если при этом учесть всю диалектическую относительность определений «внутреннего» и «внешнего», то естественным выводом будет замечание Ф. Энгельса о том, что одно и то же явление и необходимо, и случайно.

Большую опасность для врачебного мышления представляет точка зрения механистического или абсолютного детерминизма, который через отрицание случайных явлений идет к фатализму. Механистический детерминизм, переоценивая, абсолютизируя роль причинного фактора в возникновении явлений и процессов и игнорируя роль условий, ориентирует врачебное мышление на созерцание происходящих в организме патологических процессов, на бесцельность врачебного вмешательства в развитие болезни. Механистический детерминизм является философской, гносеологической основой экзоэтиологического направления в медицине (т. е. монокаузализма).

Особое значение категории необходимости и случайности имеют для уяснения сущности болезни. Является ли болезнь необходимым состоянием организма или она случайна по от-

ношению к основным процессам его жизнедеятельности? Нельзя согласиться с мнением о болезни как о случайном явлении (случайная травма, простуда, отравление, заражение и т. д.). Вряд ли правильна и другая точка зрения, согласно которой болезнь рассматривается неотъемлемым атрибутом всего живого (И. В. Давыдовский и др.). В этом случае болезнь по существу отождествляется с такими проявлениями жизнедеятельности, как питание, дыхание, выделение, размножение и т. д.

В настоящее время в многочисленных дискуссиях теологических академий, говорит Вайтбрехт[1], обсуждается вопрос о взаимосвязи между болезнью, виной и грехом или в философском плане — между здоровьем и истиной. На съезде, посвященном медицине и личности (1948), Босси выдвинул тезис, что болезнь не представляет собой случайной встречи организма с микробом или другим природным фактором. Болезнь, говорит Босси, — это выражение разлада между личностью и окружающим миром, отклонение в заданном божественном порядке. Здоровье — это не просто отсутствие болезни, а гармоническое взаимообращение души и тела, духа и бога. Смерть же якобы является неизбежной оплатой за грехи. Морес, стоящий на позиции религиозно-фаталистического понимания болезни как неизбежного, необходимого явления, причину болезни видит в нарушении божественного порядка, в провинности родителей больного или самого больного.

Болезнь не является чистой случайностью, с одной стороны, и фатальной необходимостью — с другой. Болезнь представляет собой закономерное явление в конкретных условиях развития живых существ. Справедливо отмечает В. Г. Вогралик, что в «сложившихся конкретных условиях взаимодействия организма с внешней средой болезнь может оказаться необходимостью как проявление неизбежности, так как уже закономерно вытекает из сложившейся ситуации и может быть предотвращена или преодолена только с изменением этой ситуации»[2].

И. П. Павлов выступал против взгляда на болезнь как на случайное явление, обусловленное односторонним влиянием на организм окружающих условий. Болезнь — это следствие влияния на организм неблагоприятных условий жизни, в которых взаимодействуют необходимые и случайные для жизнедеятельности организма факторы. «Болезни, — говорил Н. А. Семашко, — их распространение подвержены извест-

[1] H. Weitbrecht. Kritik der Psychosomatik. Stuttgart, 1955.

[2] В. Г. Вогралик. Об основных положениях современной практической медицины. В кн.: Общие основы терапии внутренних болезней. Горький, 1961, стр. 21.

ным законам. Болезнь не есть случайное явление, а явление закономерное»[1].

Глубокий диалектико-материалистический анализ соотношения элементов необходимости и случайности в проблеме болезни дал К. Маркс в статье «Дебаты о свободе печати» (1842). Маркс говорил: «Человеческое тело от природы смертно. Болезни поэтому неизбежны. Почему, однако, человек обращается к врачу только тогда, когда заболевает, а не когда он здоров? Потому что не только болезнь, но и самый врач уже есть зло. Постоянная врачебная опека превратила бы жизнь в зло, а человеческое тело — в объект упражнений для медицинских коллегий. Разве не желательнее смерть, нежели жизнь, состоящая только из мер предупреждения против смерти? Разве жизни не присуще также и свободное движение? Что такое болезнь, как не стесненная в своей свободе жизнь? Неотступный врач уже сам по себе был бы болезнью, при которой даже не было бы надежды умереть, а оставалось бы только жить. Пусть жизнь и умирает, но смерть не должна жить»[2].

Болезнь как особая форма жизни, «стесненная в своей свободе», как закономерный ответ организма на вредно действующие экзогенные и эндогенные факторы, представляет собой необходимое явление. Ответные, защитно-приспособительные реакции организма на воздействие «чрезвычайных», болезнетворных раздражителей также необходимы, так как они выработались в ходе эволюционного развития живых существ. О необходимом характере функционирования защитно-приспособительных механизмов говорит и то, что они, как правило, представляют собой сложные безусловные рефлексы. Исходя из павловского положения о возможности преобразования условных рефлексов в безусловные, можно предположить, что на начальных этапах филогенетического развития живых существ возникающие защитно-приспособительные механизмы функционировали как условные рефлексы на те или иные изменения, обусловленные воздействиями (в том числе и случайными) окружающей среды. Кроме того, болезнь как выражение необходимости не проявляется фатально, с роковой необходимостью. Будучи в определенных условиях окружающей среды и состояния организма необходимостью, она в то же время выступает лишь в форме реальной возможности. Для ее превращения в действительное заболевание необходимы благоприятные условия экзогенного и эндогенного характера. Если эти условия (в числе которых имеются необходимые и случайные для жизни организма факторы) действуют

---

[1] Н. А. Семашко. Социальные причины болезней. М., 1926, стр. 3.
[2] К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения. Изд. 2-е. т. 1, стр. 64.

на «предрасположенный» к «восприятию» болезни организм, то возможность болезни с необходимостью превращается в реальное заболевание.

Под углом зрения соотношения необходимости и случайности и их взаимопревращения нужно рассматривать и проблему паразитизма микробов. В. М. Жданов говорит, что «вначале паразитизм был случайным и непостоянным, в дальнейшем же он приобретал облигатный характер, в результате чего организм животного становится единственной средой, в которой было возможно обитание паразита, так как этот паразит, приспособившись к жизни в организме животного, в большей или меньшей степени утрачивал те приспособления, которые позволяли ему существовать во внешней среде, и этой внешней средой теперь для него стал организм животного-хозяина» [1].

Диалектический материализм исходит из признания неразрывной связи необходимости и случайности. Нет чистой случайности и чистой необходимости. Случайность, как говорил Ф. Энгельс, является формой проявления и дополнения необходимости.

Известно, что в конце XIX века гуморализм доживал свое последнее время в учении Рокитанского. На пути умозрительных натурфилософских суждений медицина не могла больше оставаться. Медицина встала перед необходимостью нахождения конкретного материального субстрата патологических явлений.

Успехи биологии, достигнутые к концу XIX века, подвели необходимый фактологический фундамент под новую потребность медицины. Для иллюстрации соотношения необходимости и случайности приведем некоторые данные из научной биографии Вирхова. После окончания Медико-хирургического института имени Фридриха Вильгельма Р. Вирхов стал работать ассистентом в глазной клинике берлинского госпиталя «Шарите». Во время работы в госпитале к нему пришел больной с тяжелой формой кератита (заболевания роговицы глаза). В то время Р. Вирхов еще стоял на позиции гуморализма и находился под влиянием идей Рокитанского. С точки зрения Рокитанского, заживление раны зависит от наличия особой жидкости, так называемого пластического экссудата.

Многочисленные попытки Р. Вирхова обнаружить наличие пластического экссудата после удаления катаракты (т. е. бельма) не увенчались успехом. Вместо искомого пластического экссудата он совершенно случайно обнаружил усиленно размножавшиеся клетки. Многочисленные повторные изучения тканей, лишенных кровеносных сосудов, также не позволили

---

[1] В. М. Жданов. Эпидемиология. Медгиз. М., 1961, стр. 7.

обнаружить гипотетический экссудат Рокитанского. Но эти эксперименты позволили снова обнаружить клеточные изменения. При тщательном микроскопическом изучении желез кишечника, в которых якобы и образуется пластический экссудат, снова была видна многогранная деятельность больных и здоровых клеток.

Многочисленные эксперименты, проведенные Р. Вирховым после первого случайного открытия, убедили его в наличии конкретного материально-морфологического субстрата болезни, которым была признана клетка.

Следовательно, к выводу о важной роли клетки в развитии болезни Р. Вирхов пришел случайно. Но эта случайность явилась формой выражения необходимости, так как к этому времени многие ученые в ряде стран усиленно занимались изучением данной проблемы и были созданы необходимые предпосылки для ее обоснования.

Нужно всегда иметь в виду, что в науке гениальные умы появляются тогда, когда производственная деятельность народных масс и труды рядовых ученых создали плодтворную почву для их вызревания и выращивания. Следовательно, общественные потребности, нужды времени определяют и характер научной деятельности личности. Иногда в медицинской литературе спор о приоритете того или иного открытия принимает необоснованный характер. Это объясняется недостаточным знанием диалектики вообще и категории необходимости и случайности в частности.

По замечанию К. Маркса, история технологии, например, убедительно показываст, как мало какое-либо изобретение принадлежит одному лицу. Когда необходимые условия, историческая основа для тех или иных изобретений, открытий достаточно подготовлены, научные и изобретательские идеи как бы носятся в воздухе. Изобретения и открытия делаются одновременно в различных странах и различными учеными. В результате этих обстоятельств до сих пор не известны изобретатели ряда медицинских инструментов, приборов и т. д. Кроме того, небольшая разница во времени между аналогичными открытиями, сделанными учеными разных стран, не является достаточным основанием для установления приоритета за тем или иным ученым.

Является ли научно обоснованным спор о том, кому принадлежит открытие клетки — К. М. Бэру (1826), П. Ф. Горянинову (1839), Т. Шванну (1839)? Часто одновременный и однообразный ход научного развития в ряде стран является следствием общей и скрытой от поверхностного взгляда причины, порождаемой исторической необходимостью, нуждами эпохи, уровнем и степенью общественного и научного развития.

Категории необходимости и случайности имеют огромное значение для правильного истолкования медицинских и биологических явлений и процессов. Образцом глубокого понимания и применения данных категорий, как и диалектики в целом, является павловское учение о механизме образования условных рефлексов. Сам факт образования условных рефлексов И. П. Павлов рассматривал как проявление физиологической необходимости. Определенное и многократное сочетание безусловного рефлекса с одновременным воздействием на кору головного мозга внешних воздействий с необходимостью приводит к образованию условного рефлекса. Но эта необходимость, как физиологическая закономерность проявляется у определенных животных и у человека через ряд случайностей. Образование условного рефлекса у животных на различные внешние воздействия и в разное время, их варьирование являются случайностью.

Биологическая смерть человека также является необходимой и неизбежной. Человек не может быть биологически бессмертным. Но и сейчас очень многие люди гибнут преждевременно — от смертельной кровопотери, всевозможных несчастных случаев, шока и т. д. Более того, для каждой конкретной смерти, даже для смерти в глубокой старости как проявления необходимости, находятся случайные «непосредственные причины». В свою очередь течение болезни имеет необходимую, закономерную основу и последовательность. Но эта необходимость обычно проявляется через массу индивидуальных и случайных отклонений.

Современная хирургия применяет новый, потенцированный вид наркоза, предусматривающий применение массы дополнительных препаратов наряду с эфиром. Новый вид наркоза способствует более надежной защите нервной системы от раневых патологических импульсов, лучше расслабляет мышцы и т. д. Но применение потенцированного наркоза требует выработки новых дополнительных критериев глубины наркоза, так как старые критерии, учитывающие характер кровяного давления, дыхания и т. д., становятся недостаточными. Важнейшей задачей хирурга является умение за внешними, индивидуальными и случайными реакциями оперируемого найти закономерно необходимую основу как новый критерий глубины и силы наркоза.

Применение статистического метода и статистических закономерностей в здравоохранении и медицине также должно вестись с учетом диалектической взаимосвязи и взаимозависимости необходимости и случайности. Известно, что в основе статистического метода лежит закон больших чисел. Другими словами, при обобщенно-суммированном анализе больших чисел выявляется необходимая, закономерная основа изучае-

мых единичных явлений, кажущихся на первый взгляд совершенно случайными. При помощи статистического метода за кажущимся поверхностному взгляду нагромождением случайных явлений познается их необходимая и закономерная основа. Весьма важно через массу разнообразных и внешне случайных явлений видеть существенные, повторяющиеся внутренние связи, называемые закономерными, необходимыми.

А. П. Попов (Сборник, посвященный 150-летию клинической больницы 1 МГУ) приводит весьма интересные данные о частоте смертности людей на протяжении суток. На основе исследования 9348 случаев смертей на протяжении 100 лет он делает вывод, что наибольшая смертность наблюдается в ранние утренние и дневные часы, а наименьшая смертность падает на полуночные часы. В 5 часов утра, по сведениям А. П. Попова, смертность достигала 5,15%, в 12 часов ночи — 2,92%.

Видимо, неодинаковый процент смертности в различное время суток является не случайным, а закономерным явлением. Некоторые исследователи, стремящиеся выявить закономерную основу подобных явлений, приходят к выводу, что процент смертности в значительной степени обусловлен суточными колебаниями атмосферных явлений, влиянием солнечных лучей на биотонус больного организма и т. д.

Известно, что частота и масса инфекционных заболеваний в определенной степени зависят от времени года. Например, наибольшая заболеваемость дизентерией приходится на летнее время, брюшным тифом — на осеннее время, сыпным и возвратным тифом — на зимнее время. В выяснении закономерной необходимой основы указанных явлений многое сделано. В частности, указывается на наличие благоприятных условий для развития того или иного возбудителя в различные времена года, указывается на изменение реактивных способностей организма в различное время года и т. д. Но, к сожалению, статистические закономерности заболеваемости в зависимости от времени года, географического положения, социальной принадлежности и т. д. еще слабо изучаются.

Извращенное, метафизическое понимание соотношения необходимости и случайности является одной из гносеологических предпосылок различных антинаучных теорий и течений в зарубежной биологии и медицине. Некоторые современные зарубежные ученые морфологические, физиологические и иные отличия человека от животного ставят в полную зависимость от чисто случайных изменений. Случайные отклонения от среднего (нормального) типа, все более суммируясь, якобы обусловили возникновение нового вида — homo sapiens.

Различные расистские и евгенические теории также исходят из метафизического понимания необходимости и случайности и их соотношения. Отрицая закономерный характер

изменения наследственности человека, обусловленной в конечном счете воздействиями различных средовых и прежде всего социально-экономических факторов, евгеника, например, утверждает, что в основу так называемой человеческой генетики («выведение новой породы людей») должен быть положен искусственный подбор пар, обладающих случайными положительными особенностями, насильственная стерилизация лиц с так называемой неполноценной наследственностью.

Мистифицируя роль случайности, Меллер (1958) заявил, что в человеческом обществе выживает лишь та часть людей, у которых генетически случайно образовалась способность вступать в корпорационные и иные формы объединений с другими людьми. Так, «чисто» биологическая теория, построенная на метафизическом понимании соотношения необходимости и случайности, приводит к непомерной биологизации человека, что всегда выгодно лишь тем, кто под аккомпанемент увещеваний: «таков человек, такова его вечная, природная сущность», цепляется за старое, реакционное.

§ 4. Значение категорий возможности и действительности для медицины

Значительное место в методологическом арсенале врача занимают категории возможности и действительности, отражающие разные ступени и стадии в диалектическом процессе развития больного и здорового организма.

Возможность представляет определенную ступень или момент в развитии действительности. Возможность — это неосуществленная действительность, состоящая из совокупности предпосылок, которые при наличии определенных условий реализуются в действительность.

В больном и здоровом человеческом организме постоянно происходит процесс превращения возможности в действительность. Болезнь человека содержит возможность выздоровления, а здоровый организм обладает возможностью заболевания. Физиологические защитные механизмы человеческого организма являются материальным субстратом возможности выздоровления. Например, при воспалительном процессе имеют место защитно-физиологические изменения (усиление тканевого обмена, эмиграция лейкоцитов и явления фагоцитоза, лейкоцитоз, артериальная гиперемия, т. е. увеличение кровенаполнения органа и усиление кровотока через его сосуды и т. д.).

В практике врача большое значение имеет умение отличить защитно-физиологические процессы в качестве материальной

возможности выздоровления от патологических процессов как реальной основы болезни. Устранение защитно-физиологических процессов лечебными средствами при отождествлении их с патологическими процессами приносит больному организму непоправимый вред. Благодаря наличию защитно-физиологического механизма в ряде случаев возможность выздоровления превращается в реальное выздоровление стихийно, без преднамеренного вмешательства врача. Например, воспаление легких, корь, коклюш и т. д. в отдельных случаях могут быть преодолены самим организмом без помощи со стороны врача. Вероятно, нет такой болезни, которая не имела бы единичных случаев самоизлечения. Возможность выздоровления в конечном счете зависит от состояния организма — наследственности, конституции, иммунологической, аллергической реактивности, от всей совокупности окружающих человека условий.

Разумеется, сказанное не означает отрицания роли деятельности врача в процессе превращения возможности выздоровления в действительное, реальное выздоровление. Переоценка возможностей организма в борьбе с болезнями так же вредна, как и недооценка защитно-физиологических возможностей организма. Практической и теоретической медицине хорошо известны обе крайности.

Определенная тенденция переоценки целебных сил человеческого организма уходит своими корнями в медицинскую теорию Гиппократа. Многие историки медицины предъявляют Гиппократу обвинение в том, что он нередко предостерегал от вмешательства в болезненный процесс, что при тяжелых заболеваниях он отводил врачу преимущественно роль созерцателя, что он переоценивал «целебные» возможности заболевшего организма и т. д. Главным врачевателем болезней Гиппократ считал природу. Только помогая в отдельных случаях целебным силам природы, врач в какой-то мере может содействовать излечению заболевания. Нужно подчеркнуть, что под природой (в данном случае) он понимал не окружающую среду, а особенности человеческого организма. На аналогичных позициях стоял и другой известный врач античной эпохи — Цельс. Его афоризм — «лучшее лекарство состоит в том, чтобы не лечиться» — красноречиво говорит о позиции автора в данном вопросе.

Переоценка целебных свойств организма или, говоря языком И. П. Павлова, защитно-физиологического механизма в философском отношении равнозначна отождествлению возможности с действительностью. Подобное отождествление возможности с действительностью в практической деятельности может привести только к пассивности врача. Болезнь в подобном случае обречена на самотек, на стихийное течение

патологических процессов. Все это ведет к разоружению врача перед опасностью болезни.

Самые различные медико-биологические понятия так или иначе связаны с категориями возможности и действительности. Использование данных категорий позволяет более глубоко и правильно уяснить частные медицинские проблемы. Например, среди онкологов и патологоанатомов нет единого мнения в понимании проблемы предрака. «Онкологи-клиницисты понимают под предраком любой тканевый процесс, который в каком-то проценте случаев может перейти в рак»[1]. Патологоанатомы, напротив, «склонны считать предраковыми лишь те тканевые процессы, при которых уже микроскопически обнаруживаются признаки возможного в ближайшее время или даже происходящего злокачественного превращения клеток»[2].

По существу же между пониманием природы предрака патологоанатомами и онкологами нет принципиальных разногласий. Обе точки зрения исходят из признания предрака как материальной предпосылки, возможности ракового заболевания, но отражают разные ступени, разные уровни зрелости этой реальной возможности. Правильное уяснение природы предрака как возможности заболевания «очень важно и с практической точки зрения, так как оно служит руководством в деле профилактики злокачественных опухолей», — справедливо говорит Л. Ф. Ларионов. Отождествлением возможности с действительностью является и такой взгляд, согласно которому наличие инфекционного агента в организме во всех случаях рассматривается как своеобразный вариант болезни. На подобных позициях стоят монокаузалисты, сторонники так называемого экзоэтиологического направления в медицине.

На самом деле попадание инфекции в организм является лишь возможностью заболевания. Но для превращения возможности заболевания в действительную, реальную болезнь необходимы благоприятные для развития болезни условия (общая слабость, отсутствие иммунологической реактивности и т. д.).

Известно, что возможность превращается в действительность лишь при наличии определенного комплекса благоприятных условий. Например, в одном случае при встрече организма с микробом развивается болезнь, в другом — организм остается как бы «безразличным» к микробу, в третьем — между ними устанавливаются симбиотные отношения. И. П. Павлов говорил о «пользе бактерий, когда они при определенных условиях могут быть пристроены к делу». Здесь И. П. Павлов

[1] Л. Ф. Ларионов Предрак как патологический процесс. Архив патологии, 1959, № 3, XXI, стр. 3.

[2] Там же, стр. 3.

имел в виду возможность использования бактерий для профилактических вакцин и т. д. Инфекционное же заболевание возникает тогда, когда, во-первых, микробы обладают патогенными свойствами и, во-вторых, когда они встречают благоприятные условия для своего развития внутри самого организма.

Следовательно, наличие инфекционного агента в организме не ведет автоматически к возникновению болезни. Наличие инфекционного агента в организме — это только возможность, причем реальная, а не абстрактная возможность заболевания. Но как и всякая возможность, инфекционный агент порождает действительное заболевание при соответствующих условиях.

Условия, при которых происходит заболевание, весьма многогранны. Одним из многочисленных компонентов благоприятных условий для инфекционного заболевания являются так называемые входные ворота. Например, для скарлатины входными воротами для возбудителя является слизистая оболочка глотки. Если же возбудитель скарлатины попадает в организм человека через поврежденный участок кожи, то возникает раневая скарлатина, почти не дающая осложнений и протекающая в весьма легкой форме. В отдельных случаях контакт организма с возбудителем скарлатины проходит бесследно, не вызывая заболевания.

Возможность болезни и выздоровления организма часто находится в скрытом, неразвитом состоянии. М. Обтуловикс[1], например, под этим углом зрения дает анализ так называемой аутофармакологии. Как известно, аутофармакология изучает различные вещества, находящиеся в организме в неактивной (пассивной) форме. В результате активации под влиянием тех или иных факторов они способны оказывать специфическое действие. К таким относят гормоны, некоторые вещества, содержащиеся в клетках в таких соединениях, которые не позволяют проявиться их фармакологическим свойствам. Но под влиянием различных раздражителей подобные аутофармакологические вещества могут явиться одной из реальных возможностей возникновения патологических сдвигов в организме.

И. И. Мечников на основании большого фактического материала показал, что специфическое свойство фагоцитарных клеток в виде возможности содержится в универсальном свойстве всей живой материи — в свойстве чувствительности.

Не только высокоразвитые многоклеточные живые существа, но и одноклеточные обладают свойством невосприимчивости к ядам болезнетворных бактерий. Но возможность к не-

---

[1] M. Obtulowicz. Histamina i leki przeciwhistaminews. Leszyty Problemowe, 1959, IX, 155—168.

восприимчивости, возможность иммунитета превратилась в действительность, в реальный иммунитет лишь при соответствующих условиях жизни организмов. Таким условием явился естественный отбор. В своих работах по иммуногенезу чувствительность фагоцитов И. И. Мечников рассматривает как следствие продолжительного естественного отбора. «Из низших животных выживают те, — писал И. И. Мечников, — у которых подвижные клетки, выходя на борьбу с врагом, захватывают его и разрушают; другие же, фагоциты которых не функционировали, должны необходимо погибнуть» [1].

Правильное понимание и умелое применение категорий возможности и действительности имеет большое методологическое значение в понимании роли наследственности в патологии и т. д.

Наследственность в конечном виде представляет собой слепок с отношений окружающей среды, ассимилированных особями данного вида в ходе филогенеза, в процессе длительной эволюции.

Современная материалистическая биология и медицина считают, что в наследственной основе организма могут закрепляться как положительные, так и отрицательные (патологические) приобретенные признаки и свойства организма. Наследственными болезнями, например, являются дальтонизм (цветовая слепота), гемофилия (резкое понижение способности крови к свертыванию), ряд болезней обмена веществ и т. д. Но было бы неправильно рассматривать наследственные болезни как фатально, роковым образом проявляющуюся силу, совершенно не зависимую от внешних и внутренних условий и врачебного вмешательства. Некоторые наследственные болезни, видимо, следует рассматривать лишь как реальную возможность заболеваний того или иного индивида. Если потомок с отягощенной наследственностью попадает в условия, идентичные условиям жизни его предков, то унаследованное предрасположение в болезни (возможность ее) превращается в реальное заболевание.

Об отсутствии фатальности, роковой предопределенности в передаче наследственных болезней, о зависимости механизма передачи наследственных болезней от окружающих условий говорят многие факты. А. Д. Адо и др. считают, что, например, наследственная патология обмена веществ не имеет, как правило, строгой специфичности. По наследству в большинстве случаев передается не специфическая болезнь обмена веществ, а дефект регуляции обменных процессов организма. В силу этих обстоятельств у людей, унаследовавших дефек-

---

[1] И. И. Мечников. Академическое собрание сочинений. Т. 5. М., 1954, стр. 212.

тивную регуляцию обмена веществ, под влиянием определенных условий среды может возникнуть та или иная болезнь обмена веществ (сахарный диабет, или подагра). «Есть основания предполагать, что в результате этих (т. е. внешних. — *Г. Ц.*) воздействий наследственность данного индивида, теряя постепенно отрицательные (патологические) признаки, будет в то же время приобретать все более устойчивый характер, превращаясь, в конце концов, в консервативную наследственность» [1].

В данном случае в устранении возможности превращения наследуемой болезни в реальное, действительное заболевание важную роль играет субъективный фактор — преднамеренное терапевтическое воздействие врача наряду с созданием соответствующих условий.

Некоторые авторы считают, что по наследству передается предрасположение ко всем перенесенным в течение жизни болезням. Подобное утверждение построено на ложных методологических и фактических основаниях. Во-первых, оно исходит из непомерно широкого толкования возможности, не отделяет ее от действительности, так как из возможности передачи по наследству предрасположения к некоторым заболеваниям делается вывод о действительном унаследовании предрасположения ко всем болезням. Во-вторых, здесь возможность (предрасположение) оторвана и противопоставлена условиям жизни человека. Факты говорят о том, что, например, дети, родившиеся от родителей, больных туберкулезом, будучи изолированными от них, заболевают туберкулезом не чаще, чем дети, родившиеся от совершенно здоровых родителей. Следовательно, предрасположение (возможность) к болезни без надлежащих благоприятных условий не может вызвать реального патологического результата.

Окружающие условия выступают в роли реализующего фактора. Они в конечном счете определяют как качественную, так и количественную (интенсивность) сторону заболевания. «При наличии наследственного предрасположения... факторы социального окружения играют значительную роль в проявлении этой болезни, и несомненно, что разумным и психопедагогическим вмешательством можно было бы достичь, чтобы часть предрасположенных к шизофрении не переступила бы грани психически здорового существования»[2].

Для более глубокого уяснения соотношения возможности и действительности в наследовании нормальных и патологических свойств необходим тщательный анализ большого экспе-

---

[1] Патологическая физиология. Под ред. А. Д. Адо и др. М., Медгиз, 1957, стр. 90.

[2] С. А. Томилин. Социально-медицинская профилактика. Госмедгиз УССР, 1931, стр. 166.

риментального и клинического материала, накопленного за последние годы медицинской генетикой. Анализируя проблему наследственности в плане категорий возможности и действительности, известный американский биохимик Р. Уильямс говорил, что «...цвет глаз (например, у человека) не наследуется; наследуются только **химические элементы**, обусловливающие определенный цвет глаз при определенных внешних условиях»[1]. Австрийский ученый Г. Глязер говорит, что медицина будущего, детально изучив процесс оплодотворения зародыша и ход развития эмбриогенеза, будет не только в состоянии определять половую принадлежность плода в утробе матери, но и заранее, преднамеренно будет предопределять развитие плода либо по мужской, либо по женской линии.

Принято считать, что в ходе развития наследуются не те или иные признаки, а лишь нормы реакции на различные внешние условия (С. А. Алиханян). Обоснование зависимости структурных особенностей белков от воздействий ДНК показало, что в половой клетке имеет место не прямое представительство признаков, а своего рода перевод чередований аминокислот в белках в чередования азотистых оснований в ДНК. В течение индивидуальной жизни идет декодирование, т. е. обратный перевод, образно говоря, с языка молекул ДНК на язык чередований аминокислот в тысячах полипептидных цепей, составляющих специфические белки — ферменты (Н. Н. Жуков-Вережников и др.). Работы советских и зарубежных генетиков показывают несостоятельность фаталистических воззрений на явления наследственности. В сознании генетиков все более утверждается мысль о возможности управления нитью ДНК, о способности восприятия этой нитью не только случайных, но и специфических воздействий. Это в свою очередь является предпосылкой для создания в будущем так называемых генетических лекарств и искоренения наследственных заболеваний, которых ныне насчитывается несколько сотен.

Диалектико-материалистический подход к проблеме возможности и действительности требует, чтобы врач учитывал материальные функционально-морфологические факторы, которые обусловливают возможность заболевания и выздоровления организма. Например, предрасположенность (возможность) к туберкулезу и туберкулезному менингиту усиливается в тех случаях, если ребенок перенес корь, а вслед за ней коклюш. Еще А. А. Остроумов указывал, что ранее перенесенная малярия предрасполагает организм к заболеванию брюшным тифом и т. п.

---

[1] Р. Уильямс. Биохимическая индивидуальность. М., 1960, стр. 29.

Правильное понимание и применение категорий возможности и действительности имеет немалое значение для критики идеалистических и метафизических воззрений. Например, одной из гносеологических предпосылок виталистического учения Г. Дриша является извращенное понимание категорий возможности и действительности применительно к биологии.

Дриш пользуется понятиями «проспективная потенция» (равносильно возможности) и «проспективное значение» (равносильно действительности). При помощи этих категорий он пытается объяснить ряд экспериментальных биологических данных о зародышевом развитии организма.

Известно, что изолированные друг от друга бластомеры дробящегося яйца на ранних стадиях развития способны воспроизвести целый зародыш, правда, уменьшенного размера. В естественных же условиях каждая клетка делящегося яйца является основой для образования лишь части организма. Дриш говорит, что каждая клетка обладает бесчисленным количеством возможностей. Проспективная потенция клетки (возможность), говорит Дриш, несравненно богаче и шире ее проспективного значения (действительности). Если бластомер дробящегося яйца морского ежа обладает возможностью образования и части организма, и целого организма, то в действительности образуется либо часть, либо целое.

Под влиянием каких же сил происходит превращение возможности в действительность? Дриш отвечает на этот вопрос с виталистических позиций, так как не понимает ни действительной роли случайности в осуществлении возможности, ни тем самым самой диалектики возможности и действительности. С точки зрения Дриша, основной силой, направляющей развитие бластомера по пути образования целого организма или какой-либо его части, силой, учитывающей потребности организма и сложившуюся обстановку, является энтелехия.

Так, неумение диалектически мыслить, прямолинейное, одностороннее противопоставление категорий возможности и действительности, случайности и необходимости и др. приводит Г. Дриша к идеализму.

§ 5. Соотношение философских категорий формы и содержания с медико-биологическими категориями структуры и функции

Одно из центральных мест в системе категорий материалистической диалектики занимают категории формы и содержания. Форма и содержание — это взаимосвязанные и взаимо-

обусловленные стороны явлений и процессов действительности. Не может быть бесформенного содержания, как и бессодержательной формы.

Обычно под содержанием принято понимать совокупность существенных элементов, составляющих основу предметов и процессов. Под формой же понимают внутреннюю структуру содержания, закономерную взаимосвязь элементов. Кроме того, предметам и процессам присуща ещё и внешняя форма, отражающая очертания, внешние контуры предметов и т. д.

Для диалектико-материалистического взгляда характерно признание ведущей роли содержания в развитии предметов и явлений. Признавая ведущую роль содержания, диалектический материализм не отрицает и активной роли формы.

Многие биологические и медицинские понятия и категории можно правильно осмыслить лишь тогда, когда они соответствующим образом будут преломлены через систему философских категорий, в том числе через категории формы и содержания. В частности, диалектико-материалистическое положение о ведущей роли содержания нацеливает врача на то, чтобы познать внутреннюю основу нормальных и патологических изменений организма, выраженных главным образом в функционально-физиологической деятельности, в обмене веществ со средой и т. д.

Рассматривая взаимотношение формы и содержания в живой материи, Ф. Энгельс говорил, что «...вся органическая природа является одним сплошным доказательством тождества или неразрывности формы и содержания. Морфологические и физиологические явления, форма и функция обусловливают взаимно друг друга». Применительно к биологии это означает, что живая материя, обладающая определенной структурой, свое взаимодействие с окружающей средой осуществляет при помощи более или менее адекватных ей функций. С другой стороны, функция проявляет свою жизненность и действенность лишь при наличии соответствующей ей структуры живой материи.

Нельзя отождествлять такие категории, как форма и структура, содержание и функция. Структура, морфология — это не просто форма, а форма, преломленная через специфические биологические процессы и закономерности. То же самое следует сказать и о взаимоотношении философской категории содержания и биологической категории функции.

Каждой функции, говорит М. Иекен [1], соответствует определенная структура, которая и делает эту функцию возможной. В то же время каждая структура может иметь несколько

[1] M. Jcuken. Function in Biology. Acta Biotheoretica, 1958, № 1, p. 29—46.

функций. Было бы неправильно под функцией понимать лишь то, что находится в динамическом, активном состоянии. Иекен, в частности, справедливо говорит о наличии скрытых, завуалированных функций, скрытых способностей биологической структуры к действию. По мнению Иекена, функция — это способность определенной части организма, обусловленная его структурой, к проявлению динамической или потенциальной активности. В самом деле, функция — это не что иное, как выражение и проявление одной из сторон многогранного обмена веществ, адаптированного к той или иной структуре.

Диалектико-материалистическое положение о неразрывности и взаимосвязи структуры, функции и среды обязывает морфологов не ограничиваться изучением лишь мертвого, фиксированного материала. Оно предполагает переход к изучению целостного живого организма, связанного посредством своих морфологически обусловленных функций с окружающей средой. Нельзя объяснять структуру структурой, как нельзя объяснять развитие функции изолированно от структуры.

Известно, что односторонний, метафизический подход к проблеме формы (морфология, структура) и содержания (физиология, функция) явился важнейшей гносеологической предпосылкой возникновения односторонних по своему характеру морфологического и функционального направлений в медицине.

Лишь павловское учение, построенное на прочной основе диалектического материализма, учитывает связь и взаимную обусловленность морфологии и физиологии, формы и содержания организма при ведущей роли последнего.

Вопрос о формообразовании и роли формы в развитии органического мира долгое время извращался виталистами. Единственной формообразовательной причиной виталисты считают «жизненную силу», энтелехию и т. д. Еще И. Е. Дядьковский, опровергая виталистический взгляд на этот вопрос, писал: «...трудно понять, почему столько тел (органических.— *Г. Ц.*) и столь они разнообразны, если одарены одним и тем же жизненным началом («жизненной силой», по терминологии виталистов. — *Г. Ц.*). Не одарено ли это начало волею творить разнообразнейшие тела?!» [1].

И. Е. Дядьковский указывал, что наличие определенного соответствия между образом жизни и организацией живых существ совершенно исключает виталистическую мысль о свободном творении органических форм так называемой жизненной силой. Он опровергал и другой тезис виталистов — тезис об изначальном существовании разнообразных живых форм.

[1] И. Е. Дядьковский. Рассуждение об образе действия лекарств на человеческое тело. М., 1845, стр. 23.

Он отстаивал мысль об эволюционно-историческом пути развития и усложнения органических форм. И. Е. Дядьковский говорил, что эволюция форм обусловлена новообразовательными процессами, происходящими под влиянием внешних условий.

Современный витализм также спекулирует на проблеме взаимоотношения формы и содержания. Например, английский биолог Дальк говорил о примате формы как идеи, проявляющейся в эмбриогенезе. Весь процесс развития морфогенеза рассматривается как результат осуществления формообразовательной идеи.

Значение диалектики формы и содержания помогает врачу методологически правильно объяснить массу сложных и противоречивых процессов здорового и больного организма. Например, известная неустойчивость и подвижность условнорефлекторных реакций в конечном счете обусловлена особым, диалектическим характером взаимоотношения между структурой (формой) и функцией (содержанием) коры головного мозга. Возникшая временная связь между двумя очагами возбуждения не может быть сразу закреплена постоянной и стереотипной структурой. Лишь многократное повторение условнорефлекторных реакций, происходящих в процессе фило- и онтогенеза, передаваясь от предков к потомкам, может превратить условнорефлекторные реакции в безусловные. Другими словами, стабилизированная, закрепленная структура способствует преобразованию функций. В свою очередь изменение функции закрепляется в новой структуре. В данном случае наглядно проявляется ведущая роль содержания. В то же время видна определенная активность формы.

Появление новых функций ведет к постепенному преобразованию структуры, а преобразованная структура обусловливает дальнейшее развитие и совершенствование функции. Часто новая структура приводит к появлению новых функций. Интересные мысли по этому вопросу высказывал П. Ф. Лесгафт. Он считал, что отправление (содержание) находится в причинной связи со структурой (формой) как ее следствием. Под влиянием внешних условий функции органов могут претерпеть изменение, что ведет к изменению соотношения формы и содержания.

Диалектический материализм ведет борьбу против метафизического понимания соотношения формы и содержания. Подобный взгляд проявляется в отрицании активной роли формы, в попытке представить органические формы как пассивный результат материальной субстанции. Форма, с точки зрения Дембовского, не есть причина, а лишь — пассивный результат субстанции, и последняя одна лишь может считаться ответственной за формообразование.

Нередко метафизическое понимание соотношения формы и содержания выражается в полном отрыве их друг от друга, в проповеди параллелизма в развитии формы и содержания. Отрицая причинно-следственную зависимость и взаимообусловленность формы и содержания, некоторые ученые начала XX века (Данилевский, Щепотьев и др.) утверждали, что параллельно морфологическому филогенезу (форма) существует и химический филогенез (содержание). В ряде случаев метафизический взгляд на соотношение формы и содержания проявляется в том, что как содержанию, так и форме одинаково приписывается ведущая роль.

Иногда же ведущая роль признается за формой. Например, С. Левит[1] утверждал, что в порядке онтогенеза проблема соотношения формы и содержания может решаться или в отношении примата функции (утолщение мышцы под влиянием упражнения), или в отношении примата формы (изменение функции группы мышц какой-либо конечности при некоторой деформации последней). Если в процессе индивидуального развития роль формы и содержания уравнивается, низводится до одинакового значения, то в процессе исторического развития организмов С. Левит отводит ведущую роль форме. Он говорит, что «идиовариация (форма.— *Г. Ц.*) является первичной, функция же — вторичной».

Подобный взгляд разделяют многие современные зарубежные биологи. Например, Р. Уильямс говорит, что «анатомическая изменчивость... лежит в основе биологической, с которой она тесно связана»[2].

Гносеологической основой подобного положения о ведущей роли формы является статический взгляд на соотношение организма и окружающей его среды. Только при наличии неизменной окружающей среды, когда организм получает из нее все необходимое, ведущая роль принадлежит структуре, форме организма. Только при таких условиях обмен веществ, функциональная деятельность организма обусловливаются структурой организма. Но живой организм постоянно сталкивается с изменяющимися условиями. В изменяющихся же условиях ведущая роль всегда принадлежит обмену веществ, т. е. содержанию, функции. Изменение условий соответственно ведет к изменению типа обмена веществ, последнее ведет к преобразованию органов, систем и организма в целом. Еще И. И. Мечников выдвинул плодотворную идею, согласно которой функциональные, физиологические изменения в организме, как правило, предшествуют структурным, морфологиче-

---

[1] С. Левит. Диалектический материализм и медицина. БМЭ, т. IX, 1929.

[2] Р. Уильямс. Биохимическая индивидуальность. Изд. иностранной литературы, 1960, стр. 30.

ским. В силу этого, по мнению И. И. Мечникова, возникновение новых видов должно начинаться с изменения обмена веществ, обусловленного изменениями окружающей среды.

А. Н. Северцов также исходил из признания ведущей роли функции. Весьма интересно с философской и биологической точек зрения положение А. Н. Северцова об эволюционном изменении органа, при котором основная функция органа подвергается лишь количественным изменениям — интенсификация функции и уменьшение количества функций. Помимо этого, он говорил и о качественном изменении ведущей функции органа (смена функций, их активация, иммобилизация и т. д.).

Признание ведущей роли содержания, т. е. функционально-физиологических изменений в жизнедеятельности здорового и больного организма, стало руководящим принципом советских медиков и биологов. «Рассматривая эволюцию организмов как адаптационный процесс, следует считать, что постоянные изменения окружающей среды вызывают изменения функциональных условий в организме, а это влечет за собой соответствующую перестройку формы» [1].

Повышение нагрузки на ту или иную часть скелета, указывают С. Н. Касаткин и В. С. Сперанский, приводит к утолщению в костях компактного вещества и изменению структуры костных балок в губчатом веществе, а изменение качества пищи вызывает перестройку структурных элементов пищеварительного аппарата, в частности кровеносных сосудов, и т. д. Следовательно, как в процессе филогенеза, так и онтогенеза ведущая роль принадлежит содержанию, функции.

Нельзя частные случаи (когда при наличии относительно неизмененной окружающей среды ведущая роль принадлежит структуре ткани, органа и т. д.) возводить во всеобщий закон развития органического мира.

Правильное методологическое решение вопроса о взаимоотношении формы и содержания и родственных им медико-биологических категорий структуры и функции имеет большое значение для систематики, таксономии. Нельзя не согласиться с мнением Р. Б. Кларка[2] и некоторых других биологов об отсутствии единого критерия для определения вида. В самом деле, критерий вида остается различным для разных групп организмов. В современной таксономической методике еще многое осталось от принципов линнеевской систематики, абсо-

---

[1] С. Н. Касаткин и В. С. Сперанский. Анатомия человека и диалектический материализм. Труды 1-й научной конференции анатомов, гистологов и эмбриологов Средней Азии и Казахстана. Алма-Ата, 1961, стр. 538.

[2] R. B. Clarc. Species and Sustematics. Sustem. Zool., 1956, № 1, p. 1—10.

лютизировавшей роль структурно-морфологического момента. Кларк справедливо замечает, что физиолог нередко находит различия, которые не замечает таксономист. А это обусловлено тем, что современная таксономия игнорирует или недооценивает значение функционально-физиологических (содержание) изменений, нередко ведущих к возникновению незначительных, ускользающих от поверхностного взгляда морфологических (форма) различий. Нельзя не учитывать существования физиологических рас, не различимых морфологически. К последним Кларк относит парамециум, дрозофил и др.

Учитывая важность физиологических и биохимических изменений в жизнедеятельности организма наряду с морфологическими, С. Я. Капланский в предисловии к русскому изданию книги Р. Уильямса «Биохимическая индивидуальность» отмечает, что «...до недавнего времени проблема внутривидовой изменчивости животных изучалась главным образом в морфологическом отношении. Данные о физиологической и биохимической измечивости отдельных особей в пределах одного вида начали накапливаться только в течение последних десятилетий, причем сразу же выяснилось, что внутривидовая изменчивость как в отношении состава различных органов и тканей, так и в отношении активности разных ферментных систем может быть очень значительной. У животных одного и того же помета и даже у однояйцевых близнецов были отмечены ясно выраженные различия в химическом составе крови и отдельных органов, а также в интенсивности тех или иных процессов обмена»[1].

Одним из гносеологических корней автогенетических теорий является метафизический отрыв и противопоставление формы и содержания. Организм рассматривается автогенетиками лишь со стороны структуры (формы) и полностью игнорируется роль содержания — обмена веществ с окружающей средой. Попытки современных автогенетиков преодолеть узкие рамки односторонне морфологического подхода к изучению явлений жизнедеятельности организмов не устранили этого существенного методологического недостатка.

Придавая решающее значение содержанию, нельзя игнорировать и роль формы. Форма относительно неизменна и неподвижна по сравнению с содержанием. Но она способна оказывать либо тормозящее, либо стимулирующее влияние на содержание. Например, правильная форма выражения диагноза болезни способствует более глубокому уяснению существа, внутреннего содержания данной болезни. Как отмечают некоторые исследователи, сейчас возникло некоторое несоот-

---

[1] Р. Уильямс. Биохимическая индивидуальность. Изд. иностранной литературы, 1960, стр. 5.

ветствие между исторически сложившейся словесной формой выражения диагноза и содержанием болезни. Действительно, некоторые распространенные словесные формулировки диагноза в основном выражают лишь нозологическую форму заболевания, а не содержание болезни конкретного индивидуума. Следовательно, если ряд форм словесного выражения болезни соответствует формально-абстрактному диагнозу, то эти словесные формы выражения не полностью соответствуют содержанию патогенетического диагноза. «Если традиционная форма словесного выражения клинического диагноза подводит каждый конкретный случай заболевания под определенную абстрактную клиническую картину и нивелирует таким образом все индивидуальные особенности клинического течения и патогенеза данного случая заболевания, то резюме — эпикриз (форма словесного выражения диагноза болезни, впервые примененная С. П. Боткиным.— *Г. Ц.*) как новый прием словесного выражения патогенетического диагноза будет служить определением понятия клинической картины и патогенеза конкретного случая заболевания» [1].

Медицинская практика дает блестящее подтверждение диалектической взаимосвязи и взаимозависимости структуры и функции организма. Исходя из решающей роли функциональной деятельности организма, терапия, например, прямо и непосредственно воздействует на функции органов и организма (путем лекарственных средств). Воздействуя на выведенную из нормы функцию, терапия тем самым восстанавливает структурные связи и соотношения.

Хирургия же в отличие от терапии сферой своего воздействия имеет преимущественно структуру, форму органов и тканей. Но изменение структуры не является для нее самоцелью; это лишь средство для восстановления нормальной деятельности функции. Другими словами, хирургия восстанавливает функциональную деятельность через предварительное изменение структуры. Современная хирургия резко расширила сферу своего воздействия. Часто хирургическое вмешательство имеет своей непосредственной задачей прямое воздействие на функцию (операции мозга, операции на узлах и волокнах симпатической нервной системы и т. д.).

Для медицины представляет большой интерес вопрос: может ли болезнь возникнуть лишь на основе нарушения функциональных отправлений клеток, тканей, систем и органов или всякое функциональное нарушение имеет определенные патологические сдвиги в своем структурном субстрате? Эта проблема требует решения и таких вопросов: в какой очередности

---

[1] И. Н. Осипов и П. В. Копнин. Основные вопросы теории диагноза. М., Медгиз, 1951, стр. 200.

и последовательности находятся функциональные и органические нарушения, возникающие при заболевании, каково их взаимоотношение в патогенезе болезни и т. д.

По Бушару, болезнь есть «реакция со стороны всего организма на подействовавшую на него болезнетворную причину, выражающаяся функциональными изменениями того или другого органа и вторично вследствие этих изменений наступающими органическими изменениями». Многочисленный экспериментально-биологический и клинический материал показывает, что не всякое функциональное изменение тканей и органов равнозначно нарушению морфологической структуры. В. П. Петленко[1] справедливо говорит, что нарушение анатомического субстрата является лишь конечным звеном расстройства функций, что не всякое движение материи на любом интервале переходит в новое структурное качество.

«Каждая функция органа выражает какое-то взаимодействие частиц, составляющих орган. Повторяющиеся, меняющиеся в весьма узких границах и поэтому обратимые микрореакции на определенных этапах не влекут за собой нарушений конструкций органа. Вместе с тем было бы неправильно говорить о полной и абсолютной обратимости каждой микрореакции или суммы их... Колебания условий жизни вызывают отклонения в деятельности и строении. Накопление незначительных изменений в завершающей стадии выразится в форме отчетливо регистрируемой структурной метаморфозы»[2].

Было бы неправильно так называемые функциональные заболевания рассматривать болезнями без морфологического субстрата, без материального содержания, т. е. без патолого-анатомического и биохимического изменения. Материальные изменения имеют место и в данном случае, но их не всегда удается обнаружить. Внедрение современных гистохимических и других новейших методов исследования уже сейчас подтверждает мысль о том, что всякое функциональное заболевание сопровождается определенными морфологическими и биохимическими сдвигами и изменениями.

Перед современной медико-биологической наукой возникла задача выработки морфологического критерия для так называемых функциональных заболеваний. Предпосылки для выработки подобного критерия созданы трудами крупнейших отечественных и советских ученых. Например, Г. Ф. Ланг, создавший новое направление в гематологии, указывал, что ряд заболеваний крови обусловлен нарушением механизма регуляции между кровообразовательными и кроворазруши-

[1] В. П. Петленко. Физиологический идеализм и некоторые философские вопросы теоретической медицины. Медгиз, 1961.

[2] В. В. Куприянов. О взаимоотношении формы и функции. В сб.: Философские вопросы медицины. М., Медгиз, 1962, стр. 109—110.

тельными процессами. В то же время Г. Ф. Ланг говорил, что всякие функциональные изменения (нормальные и патологические) невозможны без определенного изменения, а иногда и разрушения структурного, материально-морфологического субстрата. Он справедливо отмечал, что под структурными изменениями нельзя понимать лишь грубые гистологические изменения. Современная наука подтверждает это мнение. К структурным изменениям при некоторых заболеваниях, вероятно, следует относить и физико-химические, и биохимические изменения и нарушения.

Материалистическое понимание функциональных изменений противостоит так называемой функциональной патологии, развиваемой рядом зарубежных ученых (Бергман и др.), которые, по определению А. Л. Мясникова[1], провозгласили функциональную патологию самодовлеющим и единственным принципом, оторвали ее от материального субстрата и тем самым впали в идеализм.

Решение методологической стороны данной проблемы предполагает широкое обобщение имеющегося экспериментального и клинического материала. Уяснение этой проблемы могло бы, например, осветить многие спорные вопросы современной онкологии. В онкологии до настоящего времени бытует взгляд, согласно которому отрицается наличие качественных различий в структуре раковой и нормальной клетки. «Сейчас можно считать доказанным, — пишет А. Д. Тимофеевский, — что попытки найти качественные различия в структуре раковой клетки, позволяющие дифференцировать ее от соответствующего нормального прототипа, потерпели неудачу»[2].

Однако современной медико-биологической науке известны факты, говорящие о наличии определенных структурных различий между нормальными и раковыми клетками. В частности, в раковых клетках обнаружены значительные вариации в размерах, форме и числе митохондрий. Многие ученые считают, что изменение митохондрий является специфической, качественной особенностью раковой клетки. Но крайняя сложность структурных особенностей раковой клетки затрудняет познание этой тайны клетки, несмотря на применение современных методов научного исследования и сложной научной аппаратуры. Возводить же гипотезу о морфологической идентичности нормальной и раковой клетки в «истину в последней инстанции», которая уже на данном этапе развития науки не

---

[1] А. Л. Мясников. Русские терапевтические школы. М., 1951.

[2] А. Д. Тимофеевский. Новейшие данные в ультраструктуре раковых клеток. Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 1959, т. III, в. 2, стр. 31.

согласуется с рядом экспериментальных фактов, значит дезориентировать научную мысль и практические изыскания ученых.

§ 6. Значение категорий явления и сущности для медицины

Особое место в системе врачебного мышления занимают категории явления и сущности. Категории явления и сущности — одни из важнейших гносеологических категорий. Процесс познавания здорового и больного организма идет от явления к сущности, от сущности первого порядка к сущности второго порядка и т. д.

В повседневной практической деятельности врачу постоянно приходится совершать переход от доступных органам чувств явлений к скрытой от них сущности. Любая болезнь состоит из совокупности симптомов, обусловленных сложной причинно-следственной связью и взаимозависимостью. В данном случае в роли внешних проявлений болезни выступают симптомы. Под аналогичными внешними проявлениями болезни (симптомами) могут быть скрыты разные причины заболеваний и разные болезни (сущность). Как неотделимы свойства и признаки от качества предметов, так и симптомы болезни нельзя отрывать от причин, ее породивших, от сущности болезни.

Диалектика диагностического процесса хорошо выражена в следующем афоризме: «От листвы симптомов идти к анатомическим и физиологическим ветвям, несущим их, а затем открывать корень страдания» (Ашар). Действительно, симптомы, как правило, представляют собой проявление структурных и функционально-физиологических, биохимических и гистохимических изменений, происходящих в больном организме.

Одним из первых результатов диагностического процесса является постановка так называемого формального, абстрактного диагноза, отражающего то общее, что присуще всем больным с данной нозологической формой. Это признание сущности первого порядка, так как на этой стадии врач определяет лишь диагноз болезни вообще, безотносительно к специфике ее течения у данного больного. От диагноза болезни врач переходит к диагнозу больного, т. е. процесс познания идет от общего к специфическому, от сущности менее глубокой к сущности более глубокой. Не случайно диагноз больного С. П. Боткин назвал творческой частью диагностического процесса. Явления (проявления) болезни — это не только те объективные симптомы, которые обнаруживает врач при обследо-

вании и изучении больного, но и те ощущения, которые испытывает больной.

На основании клинических симптомов познается морфологический и функциональный субстрат болезни. Патологические процессы нередко специфически изменяют физические свойства органов. В силу этого при помощи методов объективного и субъективного исследования врач определяет сущность анатомо-физиологических изменений в организме. Опираясь на данную гносеологическую закономерность, врач при помощи перкуссии по характеру звука делает заключение о физическом состоянии и свойствах исследуемого органа, так как каждый орган и ткань, имеющие разное строение и степень упругости, обладают и неодинаковыми перкуторными звуками. Таким образом, патологические изменения физического характера, выражающие в той или иной степени сущность самой болезни, внешне проявляются при помощи характерных и нередко специфических перкуторных звуков.

Историческое и логическое развитие медицины представляет процесс восхождения от явления к сущности, от сущности менее глубокой к сущности более глубокой. Возьмем, например, классификацию болезней. В ней с наибольшей очевидностью можно проследить путь углубления знаний от поверхностного и непосредственно доступного органам чувств к их внутренней существенной основе, постигаемой при помощи абстрактного мышления. Явления, или внешние проявления болезни (симптомы), обычно познаются конкретно-чувственным образом, а их закономерная внутренняя основа — сущность — абстрактно-логическим путем. В основу классификации болезней на ранних стадиях ее развития были положены признаки, непосредственно обращающие на себя внимание. За основу классификации брали самые элементарные признаки и свойства болезни, заметные при непосредственном созерцании. Не случайно одной из наиболее ранних классификаций болезней была симптоматологическая. Критикуя симптоматологическую систему классификации, И. Е. Дядьковский очень удачно подметил ее основной методологический порок. Он указывал, что симптомы представляют лишь части болезни, что их сущность заключена в материальных изменениях организма. «Всякая болезнь в отношении своей сущности не иное что есть, как уклонение телесной материи от своей нормы в количестве ее или в составе ее и строении; и что все динамические в ней уклонения не иное что есть, как произведения сего материального уклонения»[1].

И. Е. Дядьковский говорил, что в основу классификации следует положить существенные свойства болезни. «Лучшее

[1] И. Е. Дядьковский. Общая терапия. М., 1836.

деление болезней, — говорил И. Е. Дядьковский, — есть то, которое гораздо ближе показывает внутреннее сущностное их различие».

По мере углубления человеческих знаний, по мере преодоления поверхностных представлений о природе заболеваний все большее место в классификации болезней занимает этиологический (причинный) принцип.

Аналогичную картину углубления знаний от явления к сущности можно наблюдать и в области ботаники, зоологии и других наук. Например, за основу классификации растений сначала принимались самые поверхностные признаки. Растения классифицировались на такие виды, как травы, кусты и деревья. В данном случае в основу классификации положен такой поверхностный и чувственно-воспринимаемый признак, как величина растений.

За основу классификации животных был принят такой непосредственно наблюдаемый факт, как образ жизни животных. Летающие животные были отнесены к категории птиц, ползающие — к категории пресмыкающихся, бегающие и ходящие — к категории зверей и т. д. Но по мере накопления и углубления ботанических и зоологических знаний и здесь в основу классификации был положен более существенный принцип — принцип генеалогический, т. е. принцип происхождения.

Логический ход медицинского познания идет по тому же пути углубления от явления к сущности. «Симптомы, сопровождающие болезнь, суть следствия скрытых причин. Мы постоянно пытаемся восстановить естественный ряд явлений, переходя от наружных признаков к органическим повреждениям и функциональным изменениям, производимым этим повреждением»[1]. Путь медицинского познания от симптомов к структурно-анатомическим изменениям, к физиологическим и биохимическим расстройствам, выяснение важнейших причин болезни — это путь углубления знаний от внешних проявлений ко все более глубокой сущности.

Между внешними проявлениями болезни, т. е. симптомами, и важнейшими причинами заболеваний нет прямой механической связи. Чаще всего их определяет большая сеть промежуточных звеньев, находящихся в сложной причинно-следственной связи.

В своей речи «Классификация и номенклатура болезни системы кровообращения» Г. Ф. Ланг справедливо указывал, что внешние проявления болезней — симптомы — должны быть только первым объектом при изучении болезней. Каждый

---

[1] Ф. Видаль. О направлениях в медицине. Перевод с франц. М., 1913.

симптом необходимо сразу же стремиться понять как проявление того или другого патологоанатомического или патофизиологического изменения или процесса, а весь синдром — как проявление соответствующего сочетания патологоанатомических и патофизиологических явлений. Только этот путь, по мнению Г. Ф. Ланга, ведет к более глубокому пониманию, а следовательно, к более точному распознаванию каждого заболевания.

Нетождественность внешних проявлений болезни (симптомов) с ее сущностью (патогенезом) может послужить основой ложных, субъективистских умозаключений при постановке диагноза болезни. Это происходит тогда, когда заменяют поиски объективного основания многообразия симптоматики произвольной, субъективной комбинацией симптомов, укладывающейся в картину одной из нозологических единиц. Примером тому может служить клиника одной из форм инфаркта миокарда, когда на основании отдельных симптомов ставят диагноз прободной язвы желудка.

С другой стороны, отождествление явления и сущности в диагностическом процессе, принятие внешнего проявления болезни за ее сущность, закономерность могут дезориентировать лечебную стратегию и тактику. В свою очередь проникновение в сущность патологического процесса вооружает врачебную практику действенными средствами борьбы с болезнью. Шведский ученый Э. Сандеберг в статье «О раковых заболеваниях» справедливо отмечает, что «как только мы познали сущность той или иной болезни, мы обычно сравнительно быстро создаем также и средства для возможно быстрого и радикального ее подавления» [1]. В указанной работе Сандеберг ставит интересный гносеологический и в то же время конкретно медицинский вопрос: исчерпывается ли образованием опухоли при раке весь тот болезненный процесс, который мы называем раком, или же эти опухоли суть не более как симптомы, указывающие на какие-то нарушения в организме? Не является ли современная терапия слишком примитивной, когда прибегают прежде всего к местным методам лечения и пытаются удалить возникшие опухоли хирургическими или радиологическими методами? Не являются ли подобные методы обработки не более как симптоматическими и не потому ли все они давали и дают столь скромные результаты? По мнению Сандеберга, подобные методы обработки могут использоваться лишь для лечения весьма ограниченного числа форм раковой болезни на некоторых весьма ограниченных этапах ее развития.

---

[1] E. Sandeberg. Om kräftsjukdomar. Medlemsblad för Sveriges Veterinär — Förbund, 1958, No 8, S. 127.

В диагностическом процессе, в познании сущности той или иной болезни врачу приходится преодолевать не только внешнюю сторону заболевания, т. е. явления (симптомы, синдромы), но и его видимость.

Когда мы говорим об одностороннем и нередко иллюзорном восприятии явления, то говорим о видимости (кажимости). Но и в этом случае важно подчеркнуть, что мы видим то, что нам кажется, так как последнее зависит не только от нас, но и от воспринимаемой в данный момент сущности.

Видимость (кажимость) нельзя полностью отрывать от сущности болезни и отрицать объективность видимости. Известно, что В. И. Ленин определял кажимость как одну из сторон сущности, один из ее моментов. «Кажущееся, — говорил В. И. Ленин, — есть сущность в одном ее определении, в одной из ее сторон, в одном из ее моментов. Сущность кажется тем-то... Кажимость (кажущееся) есть **отражение** сущности в себе (ней) самой» [1].

Наличие видимости обусловлено той или иной степенью несовпадения явления и сущности. В познании нужно идти от видимости к сущности, вскрывать сущность кажущегося в явлениях. В истории науки видимость изучаемого явления часто принималась за его сущность. Например, в физиологии допавловского периода алкоголь рассматривали как возбуждающее средство. Гносеологической основой подобного взгляда являлось отождествление сущности и видимости. Видимость возбуждающего действия алкоголя заключена в том, что он способен подавлять деятельность высших тормозящих корковых центров. Сейчас установлено, что алкоголь является наркотическим средством и отличается от других наркотиков (хлороформ, эфир) лишь тем, что он медленнее вызывает наркотическое действие.

Категория видимости в медицине также имеет под собой объективное основание. Возьмем, например, скрытую болезнь, которая в своем поверхностном проявлении нередко выступает как видимость здоровья. Объективным содержанием подобной видимости здоровья является то, что живой организм в процессе длительного эволюционного развития выработал различные защитно-приспособительные и компенсаторные механизмы. Последние до определенного момента могут «скрывать» от больного наличие вкравшейся в его организм болезни. Это и является объективно-физиологической основой видимости здоровья человека. Благодаря наличию в организме компенсаторных механизмов начало болезни в ряде случаев оказывается скрытым. Болезнь начи-

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 38, стр. 121.

нается в организме раньше того, как больной становится объектом врачебного наблюдения и лечения.

Специфической формой видимости в медицине является аггравация, т. е. преувеличение больным отдельных симптомов заболевания. В данном случае имеется в виду лишь подсознательная, неумышленная аггравация, в той или иной степени свойственная большинству больных. При явлениях аггравации за отдельными субъективными показаниями больного следует видеть их объективное основание.

Сложность диагностического процесса в значительной степени обусловлена несовпадением внешнего проявления болезни и ее сущности. На степень, глубину этого несовпадения влияет то или иное несоответствие субъективного и объективного в болевом ощущении. Болевое ощущение — это субъективная, психологическая оценка объективных функционально-морфологических процессов, происходящих в организме под влиянием сверхсильных раздражителей.

О наличии субъективно-психологического момента в болевом ощущении говорит и характер его возникновения. Являясь ощущением целостного организма, боль образуется в результате двух взаимосвязных процессов. При наличии сверхсильных или разрушительных раздражителей генерализованные вегетативные реакции подкорковых зон вступают во взаимодействие с корковыми зонами и процессами. На основе динамического взаимодействия коры и подкорки при координирующей и интегрирующей деятельности коры возникает осознание болевого ощущения.

Правильное понимание соотношения субъективного и объективного в болевом ощущении имеет немалое значение для выявления локализации болевых ощущений, а следовательно, и для диагностики. Несмотря на ту или иную степень генерализации и на то, что боль является ощущением целостного организма, она в то же время имеет местную форму проявления.

Чтобы не принять видимость болезни за ее сущность, нужно учитывать действие закона проекции болевых ощущений, согласно которому любое болевое ощущение всегда связывается с начальным рецепторным полем сенсорного пути. Знание этого закона позволяет избегать диагностических ошибок и неправильных показаний больного. В частности, при воспалении срединного нерва верхней трети плеча больной чувствует боль в большом, указательном и среднем пальцах руки. В силу физиологического закона проекции болевое ощущение всегда находит внешнее проявление в самом начале рецепторного поля данного сенсорного пути. Зная закон проекции, врачу нетрудно сквозь невольно возникающие субъективные показания больного выявить объективный источник боли.

Проникновение в сущность нормальных и патологических процессов, происходящих в организме, степень глубины этого познания зависят от ряда объективных и субъективных факторов, важнейшим из которых является уровень развития медико-биологических и смежных с ними наук. В самом деле, до определенного этапа развития медицины своеобразным потолком на пути познания сущности болезней являлось изучение морфологических и функциональных изменений, происходящих на уровне клетки. Своевременная биология и медицина, изучающие процессы жизнедеятельности на молекулярном, субклеточном уровне и применяющие сложные новейшие методы исследования (фазоконтрастная и электронная микроскопия, гистохимия и т. д.), позволяют проникнуть в самые глубокие, интимные процессы жизни. В современной медицине совершается переход от целлюлярной патологии к мицеллюлярной и т. п.

С точки зрения своего материального субстрата «всякая болезнь есть в сущности физико-химический процесс, меняющий нормальный состав элементов материи, из которых построены наши органы. Но так как мы до сих пор не научились улавливать и понимать сущность физико-химических процессов, происходящих в больном органе, то пока довольствуемся познанием морфологии этих явлений: по определенным патолого-гистологическим изменениям, выражающим еще точнее не изученные нами физико-химические изменения, мы судим о характере болезни»[1].

Мысль врача, стремящаяся проникнуть в сущность того или иного заболевания, в основном проходит следующие основные этапы: «а) простое описание внешне видимой картины болезни; б) попытка расширения знаний за пределы поверхности явлений и выяснения скрытых причин, вызывающих наблюдаемые процессы; в) самая высокая ступень науки, когда постигаются законы, управляющие патологическими процессами, на основе знания которых можно предвидеть и предотвращать болезни, хорошо лечить заболевших»[2].

§ 7. Соотношение внешнего и внутреннего в биологии и медицине

Категории внутреннего и внешнего имеют для медицины особое значение. Внутреннее — это существенная связь в

---

[1] М. М. Невядомский. Механизация процессов патологической жизни как метод клинической работы. Казанский медицинский журнал, 1928, № 4. стр. 308.

[2] Л. Н. Карлик. Энгельс и медицина. Клиническая медицина, 1960, № 2, стр. 7—8.

структурной организации и функциональных возможностях какого-либо предмета, процесса или явления. Под внутренним в живом организме следует понимать совокупность таких взаимодействующих элементов, как клетки, ткани, а также иммунологическое состояние организма, состояние центральной и вегетативной нервной системы, конституциональное, наследственное, психическое состояние организма и т. д.

Внешнее — это проявление и обнаружение внутреннего. Внешнее — это отчленение, отграничение явления, предмета и процесса от окружающей среды. В медицине под внешним понимают особенности наружного вида органов, тканей и т. д. К внешнему относится и большинство этиологических, болезнетворных факторов социального, биологического, химического, физического и механического характера.

Рассматривая категории внешнего и внутреннего, нужно указать на неправильность отождествления внешней окружающей среды с условиями жизни организма. Нельзя включать в условия жизни те элементы окружающей среды, которые не оказывают заметного влияния на жизнедеятельность организма в нормальном и патологическом состоянии. Условия жизни организма — это комплекс элементов внешней среды, более или менее соответствующих фило- и онтогенетическим особенностям и потребностям живого организма.

Организм неразрывно связан с окружающими условиями жизни. Он не только включает в себя эти условия, но и в определенной степени тождествен им. «Всегда и везде, — говорил И. М. Сеченов, — жизнь слагается из кооперации двух факторов — определенной, но изменяющейся организации и воздействия извне». В 1861 г. И. М. Сеченов говорил, что живой организм без среды обитания, «поддерживающей его существование, невозможен; поэтому в научное определение организма должна входить и среда, влияющая на него, так как без последней существование организма невозможно»[1].

Грань между организмом и средой его обитания относительна. В то же время организм представляет собой относительно самостоятельную и целостную систему, как говорил И. П. Павлов. В живом организме происходит постоянное превращение, трансформация внешнего во внутреннее и наоборот. Ассимиляция пищи представляет собою пример превращения внешнего во внутреннее. Превращение внешнего во внутреннее происходит и в процессе формирования новой конституциональной организации и свойств наследственности. «Понятие конституции шире понятия наследственности: наследственность — это конституция врожденная, но в организ-

---

[1] И. М. Сеченов. О растительных актах животной жизни. Медицинский вестник, 1861, № 28.

ме могут создаться изменения врожденной конституции, может строиться новая конституция под влиянием жизни, среды, под влиянием социальных факторов. Приобретенные в течение жизни изменения конституциональных свойств входят в понятие конституции того человека, у которого они произошли (но еще не в понятие его наследственности); но при соответствующих условиях... они (эти изменения индивидуальной конституции) передаются потомству, становятся родовыми...»[1].

Действительно, наследственность — это не сугубо неизменяющееся биологическое достояние организма, а результат эволюции предков, аккумуляции ими условий окружающей среды на протяжении многих десятилетий, столетий и т. д.

Категория внутреннего и внешнего имеет особое значение для уяснения важнейших медико-биологических проблем, особенно для правильного понимания соотношения эндогенного и экзогенного факторов в возникновении и течении болезни. Исходя из материалистического понимания взаимоотношения внутреннего и внешнего, организма и среды, можно с уверенностью утверждать, что болезни, в том числе и наследственные, в конечном счете исторически имеют экзогенную обусловленность, детерминированы окружающей средой.

Современная материалистическая медицина рассматривает болезнь как результат диалектически противоречивого взаимодействия организма и среды, внутренних особенностей организма и внешних воздействий среды. Внешние воздействия в большинстве случаев не в состоянии породить болезнь при отсутствии внутренних благоприятных условий, при отсутствии внутреннего «предрасположения» организма к болезни. В силу этого болезнь является следствием диалектического взаимодействия внутреннего субстрата организма с внешними этиологическими факторами.

Конечно, некоторые внешние воздействия в больших величинах (радиация, интоксикация и т. д.) могут вызвать ту или иную болезнь и при отсутствии «предрасположения» организма к заболеваниям. Проблема внешнего и внутреннего в патологии является не чем иным, как проблемой взаимодействия факторов окружающей среды со специфическим, индивидуальным состоянием организма. «Чем меньше доза лекарственного вещества, тем больше эффект его действия зависит от собственных свойств самого организма, его наследственных и конституциональных свойств, от состояния организма в момент введения данного вещества. Однако при действии боль-

---

[1] А. Л. Мясников. Наследственность и клиническая медицина. Клиническая медицина, 1949, т. XXVII, № 2, стр. 12.

ших доз яда свойства и качества самого организма имеют обычно меньшее значение в проявлении действия яда...»[1].

Современная медико-биологическая наука располагает большим экспериментальным и клиническим материалом, свидетельствующим о том, что сила внешнего агента и особенности внутренней реакции организма находятся в обратной зависимости. Таким образом, чем меньше сила внешнего воздействия (например, доза интоксикации), тем большее значение на характер реакции оказывают внутренние особенности и состояние организма. «По мере приближения к низшему пределу роль эндогенных свойств возрастает, а по мере приближения к высшему пределу роль эта усиливается... Яд и интоксикация и любой другой патогенный агент также оставляют для эндогенного фактора лишь определенный диапазон действия»[2].

Исходя из сложного взаимодействия внутреннего и внешнего факторов, современная фармакология строит свою стратегию и тактику лечебного воздействия на организм не только на основе учета физико-химических свойств лекарства, его количественной дозировки и других внешних для организма свойств и качеств, но и учитывает внутреннее состояние организма (состояние защитно-приспособительных механизмов, отдельных систем и органов, пол, возраст).

Таким образом, внутренняя реакция организма как на лекарственные вещества, так и на различные болезнетворные воздействия зависит не только от характера воздействующей внешней причины, но и не в меньшей степени от индивидуальных свойств и состояния воспринимающего, отражающего материального субстрата, которые являются результатом онто- и филогенетического развития.

Этим и объясняется специфичность, своеобразие реакции различных людей на воздействие единых болезнетворных, патогенных факторов.

Рассматривая взаимоотношение макро- и микроорганизма как специфических форм взаимосвязи внешнего и внутреннего, М. П. Кончаловский писал: «Советская клиника отличается постоянным стремлением к более глубокому пониманию этиологии болезненного процесса и выяснению тех механизмов, которые им управляют... Только при взаимодействии микроба, или нападающего фактора, и макроорганизма, или почвы воспринимающей, возникает болезнь... Клиническая картина болезни рисуется не столько признаками воздействия микроба

---

[1] О. С. Глозман, А. П. Касаткина. Об общих законах патологии. Научные известия Казахского медицинского института. Алма-Ата, 1960, № 16, стр. 161.

[2] Н. А. Вигдорчик. Электропатология. Л., 1940, стр. 91.

(токсина), сколько сложным комплексом реактивных явлений»[1].

Материалистическая медицина исходит из признания решающей роли окружающей среды в жизнедеятельности организма. В силу этого защитные реакции организма рассматриваются как одно из следствий эволюционно-филогенетического развития живых существ, как результат естественного отбора.

В противоположность метафизике, рассматривающей организм как пассивное, «страдательное» начало, лишь механически отражающее воздействия различных средовых факторов (механоламаркизм, вирховианство, бихевиоризм и т. д.), советская медицина исходит из того, что реакции организма, в том числе и защитно-приспособительные, зависят не только от свойств и качеств внешних и внутренних раздражителей, но и от особенностей и состояния того материального субстрата (клетки, ткани, органы), который подвергается подобному воздействию.

Взаимоотношение живого реагирующего субстрата с внешними и внутренними раздражителями (биологические, химические, физические и др.), выяснение объективной роли тех и других компонентов в возникновении и развитии защитно-приспособительных реакций организма наряду с медико-биологическим («фактологическим») аспектом имеет и гносеологический, методологический аспект.

В эпоху господства метафизического, механистического материализма (XVII—XVIII век) внимание ученых акцентировалось на изучении зависимости реакций организма от различных и прежде всего внешних раздражителей.

Убеждаясь в несостоятельности упрощенного воззрения на взаимоотношение живого реагирующего субстрата и его раздражителей, многие ученые XIX века и первой половины XX века под влиянием субъективно-идеалистической философии (особенно кантианства, а позднее эмпириокритицизма), а также исходя из неправильного понимания путей развития медико-биологических наук, замкнули свою исследовательскую мысль в узких рамках сугубо внутренних особенностей реагирующего субстрата — физиологического и патологического состояния самого организма. Так возникли различные автогенетические воззрения на болезнь, на процесс становления и развития защитно-приспособительных реакций организма. На подобной гносеологической почве возникла по существу преформистская концепция Эрлиха, согласно которой каждая клетка обладает рецептором ко всем антигенам. Этот факт объяснялся «древней премудростью протоплазмы».

---

[1] Терапевтический архив, 1941, т. XIX, в. 2, стр. 137.

Процесс возникновения и развития защитно-приспособительных механизмов рассматривался не как результат диалектически противоречивого взаимоотношения организма и среды, внешнего и внутреннего, субстрата и раздражителя, а как результат сугубо автономного развития организма, клетки которого якобы «издревле» обладают всеми защитными механизмами.

Современные идеалистические теории в зарубежной медицине также исходят из признания независимости реакций организма от внешних болезнетворных раздражителей. Гносеологической основой подобных воззрений является тезис, согласно которому полиэтиологические факторы окружающей среды при любых условиях порождают монопатогенетический, стереотипный ответ организма. При низведении окружающей среды до роли внешнего катализирующего момента патогенез болезни и сопровождающие ее защитно-приспособительные процессы рассматриваются как сугубо автономные и эндогенные явления.

В этой связи следует указать на наличие элементов автогенеза в учении Г. Сельє. Одним из методологических устоев концепции «стресс» Селье является абсолютизация, переоценка роли внутренних сил организма во взаимодействии с окружающей средой. Селье усиливает автогенетические тенденции и проявления, имевшие место в физиологических системах его предшественников (Клод Бернар, Вальтер Кеннон и др.). Бернар в своем учении о «внутренней» среде, а В. Кеннон в учении о гомеостазисе нередко отрывают и противопоставляют внутреннее и внешнее. Противопоставив внутреннюю среду внешней, Бернар пришел к заключению, что важнейшим условием жизни является стабильность внутренней, гуморальной среды, в которой происходят обменные процессы. Постоянство внутренней среды организма из относительного явления нередко превращается в абсолютное. По существу изолировав внутреннюю среду организма от ее природного, а тем более социального окружения, когда речь идет о человеке, Бернар превратил ее (внутреннюю среду организма) в основной фактор здоровья.

Логическим продолжением этой же линии является учение Кеннона о гомеостазисе, сформулированное им в 1926 г., и учение Селье об общем синдроме адаптации. Селье говорил, что стресс — это попытка восстановления нарушенного гомеостазиса. Относительную самостоятельность, устойчивость и независимость внутренней среды от внешней Селье все более превращает в абсолютную, делая на этом пути шаг за шагом в сторону автогенетических воззрений на организм, на его жизнедеятельность в нормальном и патологическом состоянии. На этой основе он отрицает наличие генетической связи

между причиной и следствием, между стрессором и состоянием напряжения. Один и тот же стрессор, по мнению Селье, может вызвать совершенно различные заболевания, а особенности последних ставятся им лишь в зависимость от взаимодействия внутренних факторов.

Материалистическая биология и медицина исходят из того взгляда, согласно которому взаимодействие организма и среды детерминирует как функциональные отправления, так и его морфологические структуры. Результатом этого взаимодействия является возникновение и последующее закрепление большого количества защитно-приспособительных механизмов.

Идея взаимодействия организма и среды, макро- и микроорганизма, эндогенного и экзогенного факторов должна быть основной при решении важнейших теоретических и практических проблем медицины. Эта идея находит все больше приверженцев не только в отечественной, но и в зарубежной медицине. В этой связи можно указать на современного американского патолога Е. Д. Гарбера[1], который, например, считал, что вирулентность и патогенность микроба не являются абсолютными качествами, обусловленными лишь его собственными внутренними особенностями. В основе патогенности лежит представление о «хозяине» как среде паразита. Вирулентность, конечно, неотъемлемый атрибут микроба, но степень ее проявления в значительной мере зависит от того, насколько благоприятной или неблагоприятной окажется среда макроорганизма для жизнедеятельности микроба. Таким образом, вирулентность микроба проявляется только при наличии адекватного для него питания и отсутствии эффективных защитных (угнетающих) реакций со стороны макроорганизма.

Современный этап развития медико-биологических наук позволяет полностью преодолеть механистический взгляд на микроб, как на внешний толчок, катализатор эндогенно развивающегося патологического процесса. В силу этого проблему иммунитета нельзя сводить к ее отдельным, частным проявлениям (выработка антител, фагоцитарная реакция и т. п.), ибо этим иммунитет как целостная реакция организма сводится к частным защитно-физиологическим процессам.

Многие зарубежные ученые под влиянием «диалектической логики» самих фактов все более проникают в сущность проблемы взаимоотношения внутреннего и внешнего в патологии. Например, шведский ученый Э. Сандеберг[2] в статье «О раковых заболеваниях» говорит, что если даже рак можно вызвать

---

[1] E. D. Garber. A nutrilioninhibition hypothesis of pathogenicity. Amer. Naturalist, 1956, № 582, p. 183—194.

[2] Elis Sandeberg. Om kräftsjukdomar. Medlemsblad för Sveriges Veterinär-Förbund, 1958, № 8, S. 127—131.

одним внешним, экзогенным фактором, воздействующим на организм, то из этого нельзя еще делать вывод, что основной причиной самопроизвольно возникающих опухолей являются лишь экзогенные факторы. Против подобного механистического понимания внешнего и внутреннего говорит и то, что раковые заболевания чаще всего встречаются в среднем и пожилом возрасте. Если бы внешние, экзогенные факторы имели абсолютное значение, тогда были бы все основания ожидать более равномерного распределения частоты заболеваний по всем возрастным группам.

Нельзя не согласиться с доводами Сандеберга, объективно направленными против механистического понимания соотношения внутреннего и внешнего, эндогенного и экзогенного в раковых заболеваниях. Действительно, если бы экзогенные факторы имели решающее значение, тогда имелась бы иная частота заболеваний раком в таких группах населения, которые в течение длительного времени систематически подвергаются действию одних и тех же канцерогенных факторов. Известно, что раком легких заболевают лишь часть курящих и т. д. «Разве не следует отсюда сделать вывод, — пишет Сандеберг, — что у огромного большинства людей отсутствуют те эндогенные факторы, которые, по-видимому, также способствуют новообразованию клеток или в какой-то мере участвуют в его возникновении?»[1].

Тот факт, что взаимодействие организма с разнообразными патогенными раздражителями в одном случае ведет к нарушению функций и возникновению патологического процесса, а в другом — не выходит за рамки физиологической нормы, свидетельствует о том, что болезнь не является результатом одностороннего воздействия раздражителя, в большинстве случаев являющегося внешним фактором. Сама болезнь нередко является лишь отражением тех внутренних процессов, которые происходят в организме под воздействием различных болезнетворных факторов. В силу этого лечение болезни не должно исчерпываться мерами внешнего воздействия на нее, а должно опираться на внутренние, целебные силы самого организма и направлять их развитие в желаемую для больного сторону. Говоря об этой проблеме применительно к педиатрии, А. А. Кисель указывал, что «... главной надеждой врача в борьбе с болезнью должны быть собственные силы детского организма». Для всякого заболевания, по мнению Г. П. Сахарова, требуется определенный порог, за которым физиологическая регуляция переходит в патологическую, а этот порог в большинстве случаев слагается из элементов воздействия на

---

[1] Elis Sandeberg. Om kräftsjukdomar. Medlemsblad för Sveriges Veterinär-Förbund, 1958, № 8, S. 127—131.

организм как внешних, так и внутренних факторов. Но в некоторых случаях один из этих факторов оказывается настолько интенсивным, что им одним достигается этот порог [1].

Таким образом, в диалектически противоречивом единстве организма и среды определяющая роль последней проявляется не сама по себе, а через внутреннее состояние организма. Ответ организма — это своеобразная равнодействующая свойств болезнетворного раздражителя и того живого материального субстрата, который подвергается воздействию данного раздражителя в определенных условиях окружающей среды.

Как отметил акад А. А. Богомолец, «... все зависит от совокупности свойств организмов (т. е. макро- и микроорганизма.—*Г. Ц.*), который заражает и который заражается. В зависимости от этой совокупности наступает или не наступает лихорадочная реакция. Таким образом, организм в значительной степени сам творит свою болезнь, свою лихорадку, принимая в этом гораздо бóльше участия, чем микроб, заразивший его, т. е. при определенных условиях организм, в зависимости от своих особенностей (конституция, степень восприимчивости, состояние вегетативной нервной системы и т. д.), сам является этиологическим моментом своей патологической реакции. Выяснить этиологическую роль внутреннего и внешнего факторов патологической реакции можно только при помощи изучения механизма ее развития, т. е. ее патогенеза, тех особенностей обоих организмов, которые, объединяясь, вызывают заболевание»[2].

Относительная автономность возникновения и развития нормальных и патологических явлений нередко превращается в абсолютную. На такой гносеологической основе в зарубежной медицине и биологии возникают различные автогенетические теории, согласно которым этиология и патогенез болезни рассматриваются как сугубо самостоятельные, саморазвивающиеся процессы, якобы не зависимые от внешних, окружающих факторов. С позиций автогенеза патологический процесс «на каждом данном этапе своего развития черпает силы в самом себе». «Больной, — говорит автогенетик Марциус, — причина болезни и сам творит свою болезнь». По мнению автогенетиков, болезни возникают по сугубо внутренним, заранее предопределенным и в то же время непознаваемым законам.

Абсолютизация внутреннего состояния организма является тем мостом, который соединяет автогенетические теории с агностицизмом. Например, известный базельский физиолог

---

[1] Г. П. Сахаров. Методология патологии. М., Госиздат, 1935, стр. 76.
[2] А. А. Богомолец. Избранные труды. Т. 3. Киев, 1958, стр. 30—31.

Бунге, примыкающий к витализму, говорил, что «внешний мир есть для нас книга за семью печатями, но единственно доступное для нашего наблюдения и познания представляет состояние и процессы нашего собственного сознания... Мы берем единственный верный путь к знанию: мы исходим от известного — от мира внутреннего, чтобы объяснить неизвестное — внешний мир»[1].

Ученые, стоящие на позициях автогенеза, рассматривают фило- и онтогенетическое развитие живых существ, а также их заболеваемость как результат действия внутренних, сугубо автономных факторов. На позициях автогенеза стоят многие современные зарубежные биологи и медики — Келлинкер, Коп, Коржинский и др. Отрывая организм от среды его обитания, движущей силой совершенствования и усложнения организма представители автогенеза рассматривают мистический «принцип совершенствования», «силу батмизма» и т. д.

Проповедуется автономность, автоматизм возникновения и течения заболеваний, утверждается, что болезнь гнездится в недрах живого. Взгляд на внешний болезнетворный фактор лишь как на провоцирующий момент — характерная черта автогенетических воззрений в медицине. Окружающая среда якобы обладает только способностью выявления и проявления независимой от нее, автономно проявляющейся конституциональной основы организма.

Автогенетические воззрения порождают среди медиков терапевтический нигилизм, ведут к самотеку в лечебно-профилактической деятельности, тактике выжидания счастливого случая и т. п. В частности, автогенетики утверждали о бесцельности воздействия на микроба после его проникновения в организм животного или человека. Воздействие микроба приравнивалось внешнему толчку, пусковому механизму. Патогенез болезни рассматривался совершенно независимо от присутствия или отсутствия микроба в макроорганизме. Применение антибиотиков и их производных опровергло этот идеалистический автогенетический взгляд на взаимоотношение макро- и микроорганизма в возникновении и развитии болезни.

Своеобразной неадекватной реакцией на автогенетические воззрения явилась реактология. Это сугубо механистическое учение, согласно которому поведение животных и даже человека является лишь совокупностью реакций на внешние импульсы. Не учитывая зависимости внешнего воздействия от внутреннего состояния организма, от состояния его нервной системы и т. д., реактология признавала только непосред-

---

[1] G. V. Bunge. Lehrbuch der Phisiologie, 1901 (Кар. 1.).

ственную механическую связь между «стимулом» и реакцией, т. е. ответом организма.

Таким образом, только диалектико-материалистическое понимание соотношения внешнего и внутреннего может направить мысль врача на глубокое познание процессов жизнедеятельности организма.

§ 8. Роль и место категорий единичного, особенного и всеобщего в познании медико-биологических процессов

Данные категории отражают различные стороны развивающейся действительности. Единичное — это отдельный предмет, процесс или их составная часть. Единичное является синонимом отдельного. Всеобщее — это совокупность общих свойств и отношений, существующих в различных предметах и процессах или между ними. Всеобщее проявляется в отдельном, единичном. Особенное — это то, что в определенной мере присуще и единичному, и всеобщему. Отличие этих категорий относительно.

Диалектика единичного, особенного и всеобщего весьма глубоко вскрыта в известном ленинском положении: «...Отдельное не существует иначе как в той связи, которая ведет к общему. Общее существует лишь в отдельном, через отдельное. Всякое отдельное есть (так или иначе) общее. Всякое общее есть (частичка или сторона или сущность) отдельного. Всякое общее лишь приблизительно охватывает все отдельные предметы. Всякое отдельное неполно входит в общее и т. д. и т. д. Всякое отдельное тысячами переходов связано с другого р о д а отдельными (вещами, явлениями, процессами)...»[1].

Проявлением общего в медицине является нозологическая форма заболевания как выражение характерных, внутренних, повторяющихся и устойчивых черт и признаков той или иной болезни. Единичное — это специфичность течения болезни у больного, специфичность проявления общих закономерных черт болезни у данного, конкретного, единичного больного.

К особенному можно отнести те черты болезни данного конкретного больного, которые позволяют говорить об одной из форм (особенное) проявления определенной нозологической единицы (общее).

В каком соотношении и какой взаимосвязи находятся философские категории единичного, особенного и всеобщего с основными понятиями и категориями медицины? Как мы уже

---

[1] В. И. Л е н и н. Сочинения. Изд. 4-е, т. 38, стр. 359.

отмечали, общие, закономерные свойства и черты болезни находят свое отражение в той или иной нозологической единице. Подведение конкретного, единичного заболевания под нозологическую форму, под общее равнозначно установлению формального диагноза болезни. Формальный, или формально-абстрактный, диагноз выявляет лишь общие черты, присущие болезни. «На стадии формального диагноза болезни устанавливается форма заболевания „вообще", безотносительно к ее особенностям у данного больного»[1]. Формальный диагноз ограничивается познанием общих основ болезни, не вскрывая конкретно-индивидуального содержания болезни. Но так как общее неодинаково проявляется в каждом единичном случае заболевания, то врачу необходимо изучать и конкретные, индивидуальные проявления данной болезни.

Характерной особенностью общего по сравнению с отдельным, единичным является его большая устойчивость, постоянство, относительная неизменность. В силу этого «одним из методологических условий правильной трактовки патогенеза заболеваний является разграничение постоянных, обязательных для данного заболевания патогенетических факторов и таких, которые не являются постоянными. Эти непостоянные патогенетические факторы имеют то значение, что они накладывают печать персональности на клиническое течение заболевания. Изменчивость клинических картин как раз зависит от этих непостоянных патогенетических условий»[2].

Начав свой познавательный, диагностический процесс с анализа всех патологических проявлений в состоянии данного больного (единичное), врач переходит к установлению их единой обусловленности — к раскрытию характера нозологической единицы (общее). «Врач сначала анализирует конкретный случай, определяет различные стороны данного заболевания — симптоматологическую, патофизиологическую, этиологическую; затем он синтезирует эти стороны в своем диагнозе в понятие определенной болезни или определенных болезней»[3].

В последние годы в нашей медицинской и философской литературе дискутируется вопрос о соотношении таких категорий, как болезнь и больной. Некоторые авторы[4] ставят под сомнение классическое положение отечественной медицины:

---

[1] М. Н. Осипов и П. В. Копнин. Основные вопросы теории диагноза. Медгиз. М., 1951, стр. 176.

[2] И. Осипов. О сущности клинической медицины. Медицинский работник от 4/VIII 1948 г.

[3] А. М. Сегал. Заметки о врачебном мышлении. Казанский медицинский журнал, 1960, № 1, стр. 15.

[4] Л. Л. Шепуто. Вопросы диалектического материализма и медицина. М., 1961, стр. 74—85.

«лечить не болезнь, а больного», «нет болезней, а есть больной», усматривая в нем противопоставление болезни и больного. В действительности же это положение говорит лишь о необходимости индивидуального подхода к любой болезни и больному, о необходимости учета общего, особенного и единичного в течении и развитии болезни и т. д.

Следует подвергать критике различные метафизические и идеалистические взгляды на соотношение понятий болезнь и больной. Метафизическое понимание этой проблемы, как правило, перерастает в идеализм и мистику. В частности, метафизическая, вирховианская формула «лечить болезнь, а не больного» в силу своей гносеологической ограниченности — отрыв отдельного, местного, от общего, целого — ведет к неправильному взгляду на болезнь как нечто самостоятельное, оторванное и противопоставленное общему состоянию организма. При подобном методологическом подходе болезнь превращается в самостоятельную сущность, возрождается преданный уже забвению онтологический, религиозно-идеалистический взгляд на болезнь.

В современной зарубежной медицине, в частности в психиатрии, широкое распространение получили различные антинозологические направления, отрицающие общие закономерные особенности болезней и абсолютизирующие ее индивидуальные, единичные проявления. По мнению американского психиатра Т. Шеша, пишет В. М. Морозов, многие диагностические (шизофрения) и недиагностические (либидо) термины являются панкрестонами. По Шешу, такие категории, как «шизофрения», во-первых, неудовлетворительны для целей классификации, во-вторых, дают повод для неправильного представления о «существовании» более или менее гомогенной группы феноменов, обозначаемых термином «шизофрения».

Антинозологизм характеризуется отрицанием объективной, онтологической основы общего. В силу этого общее, в данном случае нозологические формы болезней, рассматриваются не как отражение объективно присущих единичным заболеваниям типичных, внутренних и унифицированных свойств и признаков, а как следствие семантического, словесного творчества медиков. Нозологические формы болезней изображаются добровольными, конвенциальными нормами языка, результатом согласия ученых-медиков, т. е. возрождается махистский, субъективно-идеалистический принцип общезначимости как критерий истины. Общие понятия, нозологические единицы — это якобы лишь бессмысленные словесные абстракции.

---

[1] В. М. Морозов. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. М., Медгиз, 1961, стр. 232.

Исходя из идеалистического понимания общего, сторонники антинозологизма в медицине призывают «... к объяснению специфических „факторов", а не к созданию общих (глобальных) концепций»[1].

Отрицание общего, нозологических единиц болезней в современной зарубежной, особенно американской, медицине основывается главным образом на субъективно-идеалистическом (махистском и прагматистском) понимании понятий. «По Риду, классы явлений, рассматриваемые прагматически, — это не онтологические реальности, которые существуют в природе независимо от наших целей и отбора. Природа не устанавливает границу между классами явлений, она индифферентна, изменчива, подобна Протею, неистощима. Наша потребность покорять приводит к разделению и выбору бесконечных возможностей, при этом мы исходим из критерия полезности и приходим в конечном счете к определениям. Последние являются орудиями исследования, но не его целью»[2].

Основоположник психобиологического направления в современной американской медицине Адольф Майер объявил нозологический принцип пройденным этапом. Нозология, по его мнению, является анахронизмом, пережитком того периода, когда логика идей и понятий преобладали над «логикой или порядком объективных факторов». Принцип А. Майера «нет болезней, есть больной» ведет к отказу от необходимости изучения не только общих, нозологических форм болезней, но и особенностей ее проявления у того или иного конкретного больного. По существу это отказ от медицины как от науки и попытка открыть широкий доступ в медицинскую науку и практику интуитивных методов изучения больного.

Крупнейшие представители материалистической медицины С. П. Боткин и А. А. Остроумов и др. требовали изучения не только болезней, нозологических единиц, общих закономерностей развития и течения болезней, но и особенностей, специфичности их течения у отдельных больных.

Современная материалистическая наука исходит из того, что «определенные, научно обоснованные правила всегда будут относиться лишь к болезненным формам в общем или же к особенно типичным случаям болезни, но никогда непреклонные научные директивы лечения не смогут охватить индивидуальный характер каждого отдельного случая со всеми его вариациями, своеобразным течением и влиянием конституции»[3].

---

[1] В. М. Морозов. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. Медгиз, 1961, стр. 236

[2] Там же, стр. 233.

[3] А. Гольдшейдер. Боевые вопросы врачевания. Госиздат, 1929, стр. 12.

В современной медико-биологической науке все более накапливается фактический материал, свидетельствующий о большой роли наряду с общими закономерностями индивидуальных клинических и биохимических особенностей проявления жизнедеятельности человеческого организма. В этой связи известный американский биохимик Р. Уильямс писал, что «... каждый человеческий индивид имеет свою особенную, свойственную ему химию организма. Хотя одни и те же физические механизмы и одни и те же процессы обмена функционируют у всех людей, организмы отдельных людей значительно различаются и по своей структуре, и по определяемой генетически активности ферментов, которая сильно колеблется от индивида к индивиду. Поэтому суммарный результат протекающих в организме реакций может значительно различаться у двух разных людей, если даже это люди одного возраста и пола и притом совершенно одинаковые по своему росту и весу»[1].

В решении одной из важнейших методологических проблем медицины: «болезнь и больной», как правило, встречаются две крайности. Первая из них заключается в переоценке общих черт болезни, т. е. нозологии. При таком методологическом подходе болезнь отрывается от больного, она перестает быть страданием живого человека. Больной исчезает, остаются лишь те или иные формы болезней. Абсолютизация роли общего в развитии болезней ведет к утверждению, что «... не далеко то время, когда от любой болезни будет найдено определенное средство, способы которого стандартизируются настолько, что роль врача сведется лишь к роли электротехника или машиниста... Мы не менее убеждены в том, что разные люди болеют одними и теми же болезнями по-разному, что лекарства в разных условиях и в разных организмах действуют различно. Поэтому стандартизация лечения, в известных границах необходимая и целесообразная, должна дополняться и исправляться индивидуальным лечением»[2].

Второй крайностью в понимании проблемы «болезнь и больной» является абсолютизация роли специфических, индивидуальных (единичных) проявлений болезни. Абсолютизация единичного, индивидуального в болезни является важнейшей гносеологической предпосылкой интуитивизма в медицине.

Необходимость индивидуализации при изучении болезни имеет под собой объективную физиологическую основу. В частности, учение об аллергии (Рише, Пирке, Г. П. Саха-

[1] Р. Уильямс. Биохимическая индивидуальность. Издательство иностранной литературы, 1960, стр. 231.

[2] А. Л. Мясников. Русские терапевтические школы. М., 1951, стр. 16.

ров, А. Д. Адо и др.) дает не только обоснование биологических особенностей различных людей, но и направляет мысль на поиски индивидуального, специфического подхода к болезни. Учение об аллергии (в широком смысле о реактивности) дает ключ для решения вопроса о специфическом течении одного и того же заболевания у различных людей. В самом деле, «каждый живой человек имеет свои особенности и всегда имеет особенную и свою нбвую сложную, неизвестную медицине болезнь» (Л. Н. Толстой, Война и мир).

Но было бы неправильно считать, что уделом клинических наук является лишь познание единичного, индивидуального. Например, В. П. Рудин считает, что «естествознание и естественно-медицинские науки стремятся познать преимущественное общее, родовое, типическое, тогда как клиника преследует иные цели. Ее интересует однократное, единичное, неповторимое»[1]. Безусловно, здесь мы видим противопоставление общего и единичного, которые нужно рассматривать не в плане их метафизического противопоставления, а в плане диалектически противоречивого единства. Однократное, единичное, неповторимое клиника может познать лишь на основе общего, закономерного, типичного. В свою очередь, познавая единичное, клиника тем самым вскрывает и конкретизирует общее, закономерное. Считать же уделом клиники «однократное, единичное, неповторимое», значит, по существу возрождать эмпиризм и интуитивизм.

Таким образом, только на пути диалектико-материалистического понимания анализируемой проблемы возможно правильное истолкование важнейших медицинских проблем.

§ 9. Специфическое и неспецифическое в биологии и медицине

Близкими, родственными (но не тождественными) категориям единичного, особенного и всеобщего являются категории специфического и неспецифического. Данные категории по своему логическому объему и содержанию являются по существу общефилософскими категориями. Все явления и процессы действительности в силу их материального единства имеют нечто общее, неспецифическое. Но материальное единство мира, наличие более или менее общих структурных и функциональных основ в явлениях и процессах действитель-

[1] В. П. Рудин. К вопросу о классификации медицинских наук. В сб.: Некоторые философские вопросы медицины и естествознания. Киев, 1960, стр. 416.

ности не отрицает их качественного различия, их специфического своеобразия.

Категория специфического отражает наличие качественных различий, своеобразия, индивидуального разнообразия в явлениях и процессах действительности.

При исследовании процессов и явлений объективной реальности в зависимости от широты охвата и глубины проникновения в каждое из них категории общего (неспецифического) и специфического при неизменности соотношения между собой будут иметь различную объемность. Речь, таким образом, идет о различных уровнях обобщения. При этом особо важно подчеркнуть, что если в пределах одного уровня разница между неспецифическим (общим) и специфическим (единичным) очевидна, то и при переходе от одного уровня к другому, когда данные категории меняются местами, не следует делать вывода о тождественности неспецифического (общего) одного уровня специфическому (единичному) другого.

Если охарактеризовать специфическое и неспецифическое в гносеологическом плане, то увидим, что любое общее (неспецифическое) является ограниченным в отношении раскрытия глубины и полноты конкретного и индивидуального явления. Относительная ограниченность общего выражается еще и в том, что оно характеризует то или иное конкретное, индивидуальное явление и процесс лишь с одной стороны, а именно со стороны его сходства, однотипности с другими явлениями. Общее отражает то, что характеризует изучаемые явления по ряду существенных черт и признаков. Но общее своеобразно проявляется в каждом конкретном явлении в зависимости от условий его развития. Познание специфического проявления общего в каждом конкретном явлении есть познание более глубокой сущности данного явления.

Изучение в явлениях общих черт, присущих ряду более или менее аналогичных явлений и специфических черт, отличающих его от этих явлений, исходит из необходимости глубокого и всестороннего познания сущности явлений.

Общее является существенным не в том, что оно отражает и выражает сходство. Общим для ряда явлений может быть сходство по ряду второстепенных признаков. Общее является выражением существенного тогда, когда эта общность между явлениями устанавливается на основе обнаружения черт сходства по определяющим особенностям и признакам. Известно, что ряд врачей рассматривает коллагеноз как самостоятельную болезнь. Но в последнее время наметился более правильный подход к этому вопросу. Например, А. И. Нестеров рассматривает коллагеноз лишь как общий, неспецифический признак ряда болезней — ревматизма, инфекционного

неспецифического полиартрита и др. Оказалось, что коллагеноз отражает некоторые общие, неспецифические особенности и черты, присущие ряду заболеваний, т. е. некоторым специфически своеобразным нозологическим формам болезней. Исследования последних лет все более показывают, что коллагеноз — это нечто общее, неспецифическое, присущее ряду специфически определенных нозологических форм заболеваний.

Попытка же объединения на основе неспецифических, общепатологических признаков ряда болезней по существу ведет к отрицанию нозологического принципа в медицине, являющегося выражением специфики тех или иных заболеваний.

Если общее характеризует черты сходства, единства различных явлений, то специфическое отражает качественное различие явлений друг от друга, многообразие и своеобразие явлений действительности. Если без знания общебиологических законов нельзя познать основу, принцип преемственности развития живой материи, то без знания специфических законов нельзя познать своеобразие, качественное, существенное отличие в развитии различных видов и даже отдельных индивидуумов в рамках одного и того же вида. Общебиологический закон единства организма и среды весьма специфически проявляется в различных условиях — земных и космических, обычных и экстремальных. При решении этой проблемы необходимо учитывать не только материальное единство мира, единство органического и неорганического, но и специфичность взаимоотношения организма и среды, специфичность соотношения внешнего и внутреннего в различных экологических условиях развития живых существ и т. д.

На основе обобщения ряда фактов «земной биологии» ученые приходят к допущению существования жизни даже на тех небесных телах, на которых отсутствует свободный кислород. Известно, что некоторые виды микроорганизмов могут обходиться без свободного кислорода, а поддерживают свою жизнедеятельность за счет химической энергии минералов. Вероятно, в космических условиях существуют такие формы живой материи, которые способны развиваться в условиях, находящихся на грани биотического и абиотического. В силу этого специфичность форм взаимосвязи организма со средой является одной из особенностей биологии и экологии живых существ.

Общебиологический закон единства организма и среды сохраняет свою силу для любых экологических условий. Но, вероятно, допустимый минимум связей организма и среды, необходимый для поддержания жизни, специфичен в различных экологических условиях.

Развитие космической биологии ставит на повестку дня и такую методологическую проблему, как соотношение общего и специфического в биологической эволюции живых существ в земных и неземных условиях.

Предположение существования мыслящих существ в космосе выдвигает также вопрос о соотношении общих и специфических закономерностей общественного развития на различных небесных телах.

В. И. Ленин, неоднократно указывая на большую познавательную ценность общего, отмечал и его ограниченность. При конспектировании «Истории философии» Гегеля к его словам «Общее есть скудное определение, каждый знает об общем, но не знает о нем как о сущности» В. И. Ленин добавил: «Общее как сущность»[1]. Подчеркивая роль и значение общего в познании явлений и процессов, диалектический материализм показал и его относительную ограниченность, так как каждое явление, помимо общего, общих закономерностей, имеет и свои специфические черты и особенности, весьма важные для познания сущности данного конкретного явления.

Недопустимо как отождествление, так и противопоставление общего и специфического. Непонимание диалектики общего и специфического, их отождествление ведет к скольжению по поверхности изучаемых явлений и превращению теоретических выводов в бессодержательные схемы, уродующие многогранную действительность.

Отказ же от познания специфики явлений ведет к топтанию на месте, к повторению азбучных истин, к догматизму, начетничеству, к забвению основных принципов марксистской диалектики.

Одним из возможных способов научного исследования является углубление знаний от более общего к менее общему, от специфики более общей к специфике менее общей, т. е. от специфики группы явлений к специфике единичных явлений.

Специфика конкретного, индивидуального явления в определенном отношении более глубоко вскрывает его сущность, чем более общая специфика, характеризующая как данное явление, так и другие явления, в некоторой степени аналогичные, имеющие общие черты.

Одним из условий успешного познания тех или иных процессов жизнедеятельности в норме и патологии является раскрытие диалектики общего и специфического. Известно, например, что участие различных специфических структур мозга в передаче возбуждения является общей закономерностью, лежащей в основе как низшей, так и высшей нервной

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 38, стр. 265.

деятельности. Исходя из этого методологического принципа, в нашей литературе (С. А. Саркисов, Т. С. Наумова и др.) диффузные или неспецифические функции мозга не рассматриваются лишь монопольной особенностью его ретикулярных структур. Их считают проявлением общего в функционировании всех структур мозга.

В то же время абсолютизация общего, отрыв его от специфического является для ряда зарубежных ученых (Лешли и др.) одной из гносеологических предпосылок для перехода на позиции эквипотенциализма. По мнению эквипотенциалистов, кора мозга функционирует как нечто сугубо однородное, общее, что она якобы столь же физиологически однородна и равноценна, как и какая-нибудь железа.

Гипертрофируя момент общего, гомогенного в деятельности коры мозга, эквипотенциалисты полностью отрицают наличие специфики, своеобразия в функционировании отдельных его структур.

Представители же узкого локализационизма неимоверно переоценивают значение местных, специфически морфологических образований мозга, упуская из поля зрения общие, целостные особенности его функционирования.

Альтернативно и метафизически поставленный вопрос: функционирует ли кора мозга как аморфно общее, целое или как нечто сугубо местное, локальное, специфическое, — не мог привести к плодотворному научному решению этой важной проблемы. Исходя из диалектико-материалистического понимания взаимосвязи общего и местного, всеобщего и единичного, неспецифического и специфического в деятельности живых систем, И. П. Павлов заложил принципиально новые методологические основы учения о мозге, обосновал принцип динамической локализации функций в коре головного мозга.

На этой основе ту или иную функцию стали понимать не как свойство, непосредственно обусловленное определенной группой специализированных, специфических клеток мозга, а как результат общей интегрированной рефлекторной деятельности, диалектически «снимающей» специфические особенности тех или иных локальных структур. Таким образом, деятельность мозга представляет собой единство диффузного (общего) и локального. Своим взаимодействием диффузные и локальные процессы и обусловливают специфику деятельности отдельных структур мозга.

Всякий отрыв и противопоставление общего и специфического, как и их отождествление не совместимы с научным пониманием изучаемых явлений. Справедливо подчеркивает Д. П. Горский, что отказ от признания у единичного общего ведет к превращению общего в мистическую сущность, или к

признанию общего как результата свободного творчества познающего субъекта[1].

При изучении взаимосвязи и взаимоотношения неспецифического и специфического в биологии и медицине нельзя отвлекаться от эволюционного аспекта этой проблемы. Эволюция, образно говоря, в определенной мере суживает, ограничивает рамки общих реакций организма на всех уровнях его жизнедеятельности. В силу этого количество специфических реакций в процессе эволюционного развития организма все более увеличивается. Это позволяет организму более тонко и дифференцированно приспосабливаться к воздействиям окружающей среды. Современная биология и медицина рассматривают специфические реакции исторически вторичными по сравнению с общими, неспецифическими. Неспецифические реакции на физиологические и патологические воздействия присущи всем живым существам, расположенным по длинному стволу филогенетического древа. Они являются биологическим отражением генетического единства их возникновения и развития, отражением их преемственности в эволюционном развитии. На основе этой общебиологической закономерности в современной иммунологии, например, сформулирован принцип о физиологических стереотипах защитных механизмов организма (естественных и приобретенных).

В частности, и в концепции Г. Селье о стрессе защитно-адаптационный синдром, выражающийся в мобилизации адаптивных гормонов гипофизарно-адреналовой системы, представляет собой не что иное, как общий, стереотипный механизм защиты организма при разнообразных и специфических нарушениях гомеостазиса, состава внутренней среды организма. Но акцентируя внимание на общей стороне проявления защитно-адаптационного синдрома, Селье оставляет в тени вопрос о специфике его действия под влиянием нейрогенных воздействий. Ведь в процессе эволюции химическая регуляция функций как выражение общего, в той или иной форме проявляющаяся у всех живых существ, независимо от их филогенетической высоты и положения, на определенном этапе эволюции была подчинена сложной нервной регуляции. Последнее, видимо, и обусловливает некоторую специфичность проявления физиологических стереотипных защитных механизмов у высокоразвитых организмов, имеющих нервную систему.

В последние годы получены достоверные факты, говорящие о неразрывном функциональном единстве нервных и гуморальных факторов в регуляции процессов жизнедеятельно-

---

[1] Д. П. Горский. Диалектика единичного и общего. В кн.: Вопросы диалектического материализма. М., 1960, стр. 217.

сти. Доказано, что некоторые мозговые структуры продуцируют особые вещества, так называемые нейросекреты. Приводятся факты участия нейросекретов в регуляции водного, минерального обмена, в контроле различных гормонов, выделяемых гипофизом и т. д.

Таким образом, фактические достижения современной науки говорят о недопустимости при познании тех или иных процессов жизнедеятельности организма ограничиваться лишь познанием гуморальных механизмов регуляции как проявлением общего, неспецифического. Они нацеливают на необходимость познания специфики их проявления, в значительной степени обусловленной воздействием нейрогенных факторов, взаимодействием их друг с другом. Это также говорит о том, что в ходе эволюции общие, типовые, реакции организма «обрастают» целой гаммой специфических реакций, что общее и специфическое — это не арифметическая сумма, а интимное, диалектическое единство. Рассматривая, например, деятельность различных мозговых структур, Т. С. Наумова указывает, что пределы общего, диффузных процессов, сужаются в ходе эволюции, а локальные процессы и территории специализируются и превращаются из единичных и в определенной мере специфических в общие, генерализованные. В силу этого каждая единица мозга справедливо сейчас рассматривается мультифункциональной, а локализуемые в ней функции — динамическими.

Если в филогенетическом развитии специфические реакции являются вторичными, возникая на основе и вслед за неспецифическими реакциями, то в процессе онтогенетического развития организмов в ряде случаев они, видимо, могут возникать и развиваться одновременно. Проблема последовательности возникновения и развития данных реакций в физиологии и патологии нуждается в новых, специальных исследованиях.

Из всего сказанного можно сделать следующий вывод. Общее характеризует сущность явлений со стороны их внутреннего сходства, а специфическое — со стороны их внутренних качественных различий. В свою очередь познание явлений со стороны их сходства (общее) и со стороны их качественных различий (специфическое) равнозначно углублению знания ко все более глубокой сущности.

Сказанное также позволяет заключить, что специфичность проявляется не только в новых, свойственных тому или иному раздражителю физиологических или патологических реакциях, опосредованных внутренним состоянием реагирующего живого субстрата, но и в качественных изменениях его общих, типовых, стандартных реакций (специфические черты воспалительного процесса, имеющего много общего при различных заболеваниях и т. п.).

Важнейшим методологическим принципом для правильного понимания соотношения неспецифического и специфического в реагировании организма является диалектико-материалистический принцип отражения и адекватности во взаимодействии раздражителя и субстрата. Если физиологический идеализм считает, что качественное, специфическое своеобразие реакций обусловлено функционально-физиологической организацией живого субстрата, то вульгарный, метафизический материализм рассматривает специфичность реакций однопорядково детерминированной особенностями воздействия экзогенных (нормальных и патологических) воздействий.

В действительности же специфичность реакций является результатом взаимодействия внешнего и внутреннего, раздражителя и субстрата при ведущей роли первого. Это наглядно проявляется, в частности, в функционировании различных анализаторов. Известно, что тактильный анализатор, например, эволюционно приспособился лишь к восприятию и отражению механических раздражений. Принято считать, что эта специфическая реакция возникла вследствие того, что многократно воздействующие раздражители систематически снижали порог чувствительности тактильного анализатора к аналогичным раздражителям. Но понижение порога чувствительности к одному виду раздражителей сопровождалось соответствующим повышением порога чувствительности к другим видам раздражителей. Таким образом, специфичность, определенная адекватность между раздражителем и ответной реакцией является своеобразным результатом бинома, т. е. следствием взаимодействия внешнего и внутреннего, итогом отражения и преломления раздражителя через внутреннее состояние субстрата.

Метафизическое понимание специфического и неспецифического в реагировании организма явилось одной из философских предпосылок идеалистического понимания природы ощущений и возникновения физиологического идеализма.

Современная наука рассматривает органы чувств, состоящими из основных, воспринимающих и так называемых вспомогательных образований. Воспринимающими системами глаза, например, является сетчатка, состоящая из колбочек и палочек, которые содержат светочувствительные вещества (родопсин, йодопсин и т. д.). Вспомогательными структурами глаза являются оболочки глаза, хрусталик и т. д. Высказывается предположение (Удельнов и др.), что эволюция органов чувств сопровождается совершенствованием как воспринимающих, так и вспомогательных структур. Совершенствование последних в определенной мере ограждает органы чувств от неадекватных, неспецифических раздражителей.

В силу этого органы чувств получали большую возможность к отражению специфических, адекватных раздражителей. В ходе эволюции формирование вспомогательных структур глаза, например, привело к тому, что в сетчатку глаза оказываются способными проникнуть лишь световые лучи.

Но специфичность реагирования зависит не только от особенностей воспринимающей структуры и характера раздражителя, но и от силы, интенсивности последнего. Еще Вебер и Фехнер считали, что интенсивность ощущения изменяется пропорционально логарифму раздражения.

Но как показывают современные исследования, закон Вебера и Фехнера «все или ничего» неприменим для функционирования реагирующих систем на подпороговые и сверхпороговые раздражители. В этой части данный закон теряет свою научность, выливаясь в одну из разновидностей физиологического идеализма. Сейчас установлено, что подпороговые раздражители при повторных или многократных воздействиях ведут к суммации эффекта и возникновению соответствующих, более или менее специфических реакций.

Таким образом, и количественная характеристика раздражителя оказывает влияние на характер, интенсивность и специфическое своеобразие той или иной реакции.

Большую методологическую опасность в понимании природы реагирования, в истолковании соотношения общего и специфического в реагировании представляет переоценка роли структурно-функционального субстрата. Встав на подобную методологическую позицию, Э. Геринг, например, пришел к сугубо автогенетическому выводу, согласно которому специфика зрительных ощущений была поставлена в зависимость от уровня и характера обменных процессов в зрительном анализаторе. При таком подходе содержание ощущения пытались рассматривать не как результат воздействия специфически своеобразных раздражителей, а как следствие физиологического состояния анализатора. Так, например, И. Икскюль считал, что количеству живых существ с различными особенностями рецепторных аппаратов соответствует подобное же количество качественно разнообразных миров. Каждое живое существо в соответствии с особенностями своих ощущений якобы творит «свой», «собственный» мир. Это явилось физиологическим обоснованием философского солипсизма как крайней формы субъективного идеализма.

Под влиянием физиологического идеализма в медицине стали распространяться взгляды, согласно которым специфика патологической реакции якобы зависит лишь от морфофункционального состояния самого организма, а этиологические факторы будто бы выступают только в качестве разре-

шающих, пусковых моментов, не оказывающих никакого специфического влияния на возникновение болезни.

Имеются и другие, не менее крайние и ошибочные воззрения на этот вопрос. Некоторые биологи считают, что неспецифических форм реагирования в живых системах вообще не существует.

Более того, некоторые ученые считали, что признание общего (неспецифического) в реагировании живых систем якобы противоречит ленинской теории отражения.

На самом деле только с позиций ленинской теории отражения и можно правильно понять сущность специфических и неспецифических реакций. Онтологической основой неспецифического в реагировании живого является наличие общего как в самих раздражителях (нормальных и патологических), так и в реагирующей системе (ее протоплазме и т. д.).

Определенную роль в стандартизации, унификации, неспецифичности ответов живого субстрата на воздействие качественно разнообразных и специфически отличающихся нормогенных и патогенных воздействий играет и то, что эти воздействия, падая на организм, в определенной мере преобразуются и трансформируются нервной системой. Нервные структуры как физиологические механизмы «... в большей степени, чем какие-либо другие, опосредуют связь организма со средой. Именно вследствие этой функции опосредования нервные механизмы первыми (как это было многократно показано работами школы А. Д. Сперанского) принимают на себя воздействия среды и реализуют инициальные приспособительные реакции, вслед за которыми в адаптационный процесс включаются также разнообразные комплексы вегетативно-эндокринных, обменных и других сдвигов»[1].

В процессе взаимодействия раздражителя и реагирующего субстрата специфика первого может быть полностью нивелирована или сведена к минимуму. При запредельном, так называемом охранительном торможении, как указывает О. В. Кербиков, «клиническая картина заболевания может быть полностью лишена специфических проявлений, связанных с особенностями этиологии...»[2].

Таким образом, промежуточные звенья между воздействующими факторами и ответными реакциями организма могут существенно ограничивать или сводить на нет специфичность влияния первых и усиливать момент общности, стандартности, неспецифичности вторых.

---

[1] С. А. Саркисов, Ф. В. Бассин, В. М. Банщиков. Павловское учение и некоторые теоретические проблемы современной неврологии и психиатрии. М., 1963, стр. 65.

[2] О. В. Кербиков. О многопричинности (полиэтиологии) в медицине. Вестник Академии медицинских наук СССР, 1964, № 1, стр. 10.

Попытка рассматривать этиологический фактор как единственно детерминирующий специфичность патологической реакции независимо от воздействий интегративных и коррелятивных систем организма, в отрыве от «буферных» факторов и промежуточных звеньев организма, ведет к отрыву и противопоставлению этиологии и патогенеза. Напротив, если считать, что в ответ на любое патогенное воздействие организм отвечает только стандартными, неспецифическими реакциями, то этим этиологические факторы будут низведены до уровня простого пускового начала, катализатора заранее преформированных, предопределенных и автономно развивающихся патогенетических механизмов.

Рассматривая вопрос о природе общих реакций организма, обусловленных единством источника их происхождения или тем, что они представляют различные звенья единой, взаимосвязанной цепи развития, И. В. Давыдовский пишет: «Очень много общего, т. е. неспецифического, в морфологической и гистологической характеристике, и это понятно, так как ткани, которые могут пойти на построение гранулемы, экссудата, всегда одни и те же; в основном это дериваты мезенхимы (гистиоциты, фибробласты), белые элементы крови, эндотелий сосудистой стенки, адвентициальные клетки и т. д.

Общность частных симптомов бывает связана и с тем, что мы имеем общие химические продукты при распаде бактерий или тканевого комплекса»[1].

По мнению ряда советских патологов, многие неспецифические реакции, развившиеся в ходе эволюции и легшие в основу защитных механизмов организма, возникают в ответ на комплекс неспецифических изменений в клетках, тканях и органах, имеющих место при том или ином патогенном воздействии (неадекватное раздражение рецепторов и нервных проводников, образование гистамина, кислых продуктов и т. д.)[2].

Следовательно, специфичность патологического процесса является результатом взаимодействия этиологических факторов и функционально-структурного субстрата организма при решающем влиянии первых. В этом отношении и наследственные заболевания в принципе не представляют исключения. Если в ненаследственных заболеваниях качество патологического процесса, его специфика в основном формируются в период взаимодействия этиологических факторов с реагирующим субстратом, то в наследственных заболеваниях, где патогенетические механизмы «предуготовлены» и создают

[1] И. В. Давыдовский. Учение об инфекции. Медгиз. М., 1956, стр. 83.

[2] См. Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 1962, № 4, стр. 8.

возможность тех или иных заболеваний (И. В. Давыдовский), этиологические факторы оказывали специфическое воздействие в основном в прошлом, в ходе филогенетического развития, а в настоящее время они нередко, а вероятно и преимущественно, выступают лишь в виде провоцирующих, катализирующих моментов (поводов).

Таким образом, категории специфического и неспецифического отражают новые черты и особенности развития явлений действительности, нацеливают на углубленное ее познание и преобразование, подчиненное целям и задачам человека.

§ 10. Часть и целое, местное и общее в медицине

Эти парные категории материалистической диалектики занимают особое положение в арсенале мыслительных средств врача и биолога. Как теоретическая, так и практическая медицина постоянно оперируют этими категориями.

Под целым диалектический материализм понимает взаимодействие, взаимосвязь и единство частей, входящих в тот или иной предмет, процесс и явление. Соотношение целого и частей в процессах и явлениях различных уровней (различных форм движения материи) неодинаково. Если в механических системах наблюдается определенная самостоятельность, некоторая независимость частей от целого, то в системах высшего уровня (например, в биологических), напротив, имеется тесная взаимосвязь частей и в то же время относительная независимость целого от составляющих его частей.

Живой организм не представляет собой арифметическую сумму входящих в него частей. «Он представляет собой новое качество, возникшее вследствие взаимодействия этих частей в определенных условиях внешней среды... Не клетки создают организм, а организм создает клетки; не части тела соединяются в организме, а этот последний дифференцируется на части, неизменно сохраняя при этом свои интегральные функции»[1].

Организм не является арифметической суммой его частей, так как каждая его часть — в то же время проявление сущности целого, его функций.

Материалистическая биология и медицина исходят из того, что организм как целое, как живая сложно организованная система — это нечто большее, чем все его части (клетки, тка-

---

[1] В. Г. Вогралик. О современном направлении советской медицинской науки Терапевтический архив, 1950, т. XXII, в. 4, стр. 80.

ни, органы...) в их вещественном проявлении. Этот «остаток», это «большее» не являются чем-то духовным, нематериальным, вроде виталистического «порыва к форме», «энтелехии» и т. п. Это «большее» — результат нового качества, возникшего в процессе взаимодействия составляющих организм частей (тканей, органов и систем) в ходе длительного эволюционного филогенетического и онтогенетического развития.

В целом есть нечто большее по сравнению со своими частями, «неразложимое на эти части, понятое не через них, а лишь через себя, то, что, наоборот, обусловливает специфическую характеристику части, именно как части целого, и самое существование ее в качестве таковой» [1].

Если в аналитическом отношении живой организм равен сумме физико-химических элементов, лежащих в его основе, то в синтетическом отношении (организм как живое функционирующее целое) он характеризуется качественно новыми, специфическими закономерностями биологического развития.

Проблема целостности организма привлекает внимание медиков и биологов с древнейших времен. «Все в организме,— писал Гиппократ, — представляет одно единственное стечение, одну единственную связь, одно единственное гармоническое взаимоотношение. Все направлено на целое. Ни одна вещь, заключенная в целом, не теряется, точно так же не возникает ничто такое, чего не было бы уже раньше, но вещи изменяются, соединяясь и разъединяясь». По мнению И. П. Павлова, всякий живой организм «представляет крайне сложную систему, состоящую из почти бесконечного ряда частей, связанных как друг с другом, так и в виде единого комплекса с окружающей средой»[2].

В истории медицины вопрос о соотношении части и целого нередко решался либо в механистическом, либо в идеалистическом плане. Переоценивая роль частей и недооценивая целое, противопоставляя первое второму, механицисты стирают качественное различие между ними. Стирание качественного различия между частями и целым — важнейшая предпосылка для метафизического вывода о целом как арифметическом слагаемом его частей. По мнению метафизиков, качественная характеристика части не претерпевает никаких существенных изменений в зависимости от того, находится она в составе организма или вне его (например, клетки в составе живого организма или в питательной среде).

Метафизическая традиция противопоставления части и целого, местного и общего весьма живуча, она и в наше время

---

[1] П. Я. Гальперин. Заметки о принципе целостности. Советская психоневрология, 1933, № 3, стр. 33.

[2] И. П. Павлов. Полное собрание трудов. Т. 2. М.—Л., 1951, стр. 452.

существует в зарубежной медицине. В частности, Гравиц[1] в статье «Новая ориентация в проблеме воспаления» пытается доказать независимость воспалительной реакции от воздействия нервной и сосудистой системы. Он считает, что воспалительная реакция на любое раздражение физического, химического и биологического характера в виде лейкоцитарного превращения клеток носит сугубо местный, не зависимый от общего состояния организма характер. Оторвав и противопоставив воспалительный процесс функционированию нервной и сосудистой системы, Гравиц выдвигает гипотетическое положение о «специфическом биохимическом комплексе факторов», играющих роль в возникновении и развитии воспалительных реакций, но весьма неустойчивых.

Бесспорно, в организме высокоразвитых живых существ в процессе эволюции возникли защитные приборы и механизмы, действующие относительно независимо от центральной нервной системы. На основании большого лабораторного и клинического материала многие крупные исследователи (Н. Н. Жуков-Вережников и др.) справедливо указывают, что к подобным механизмам следует относить и некоторые компоненты воспалительной реакции, а также выработку антител, так как этот процесс связан с непосредственным контактом вредного начала (например, микробных антигенов) с клетками, вырабатывающими антитела.

Но важнейшие жизненные функции организма всегда протекают под координирующим началом центральной нервной системы, как выражением общего и целого в организме.

И. И. Мечников в статье «Задачи современной биологии» указывал, что «...клеточка, играющая у простейших организмов роль самостоятельной особи, теряет свою индивидуальную природу в таких организмах, которые состоят из массы клеток, т. е. из так называемых тканей». Обосновав наличие связи между очагом возбуждения и всем организмом, И. И. Мечников тем самым разрушил господствующее в то время локалистическое представление о воспалении как о сугубо местном процессе.

Исходя из метафизического понимания онтологической стороны вопроса о соотношении части и целого, некоторые медики неправильно понимают и гносеологическую сторону этой проблемы, утверждая, что познание свойств и закономерностей части равнозначно познанию сущности целого.

В работах Р. Вирхова проблема соотношения части (клетки) и целого (организм) получила наиболее выраженный механистический, метафизический характер. Вирхов абсолю-

---

[1] B. Gravitz. Nenorientierung auf dem Gebiete des Entzündungsproblems. Wien. med. Wschr., 1957, 45, S. 909—912.

тизировал относительную независимость клеточных реакций организма, противопоставив их интегративным и коррелятивным функциям нервной системы. Относительную самостоятельность частей (клеток) он превратил в абсолютную, представив организм федерацией клеточного государства.

Подлинное единство и целостность, по мнению Вирхова, существуют лишь в яйце и сознании. Уже первые стадии дробления якобы нарушают это единство и целостность. В 1894 г. на Международном конгрессе врачей Вирхов говорил: «Мне представляется чистым анахронизмом поднимать вопрос об общих заболеваниях. Если у кого из присутствующих еще сохраняются в какой-либо мозговой клетке воспоминания об общих болезнях, то, по здравом размышлении, он должен прийти к заключению, что в каждом больном человеке остается значительная, обычно даже бо́льшая часть здоровой жизни, что больной, пожалуй, даже мертвый, образует только часть тела».

Переоценка Р. Вирховом части, местного клеточного начала в организме равнозначна переоценке статики, относительного покоя в динамическом состоянии живого организма.

Патологическая анатомия, справедливо говорил Видаль, решает задачу топографии и статики, часто оставаясь немой перед задачей динамики организма. Последняя является результатом взаимосвязи частей, результатом функционирования организма как целого в его взаимодействии с окружающей средой.

Целлюляризм логически ведет к игнорированию функциональных заболеваний и функционального состояния организма как сложной и целостной системы. Р. Вирхов не отрицал общее и целое, но понимал их метафизически. Общее состояние организма во время болезни, по мнению Р. Вирхова, это лишь пространственное расширение и арифметическое объединение местных патологических изменений.

Целлюляризм находит видимость опоры и в современной биологии и медицине. В частности, им используется факт относительной независимости внутриклеточного обмена от нервной системы. На этом основании сторонники неоцеллюляризма делают вывод о тождестве обменных процессов, происходящих в изолированной клетке, помещенной в чашку Петри и лишенную связи с нервной системой, и тех же процессов, происходящих в клетке живого организма, координируемого нервной системой.

Опытами акад. К. М. Быкова и его учеников убедительно показано наличие тесной связи между обменными процессами в клетках и функционированием нервной системы. «Функция органа остается... такой же, какой мы ее наблюдали в обособ-

ленном рассмотрении, но в то же время, поскольку она содержит в себе нечто от взаимодействия, она становится иной. Равным образом функция остается функцией клетки, но, поскольку к ней присоединяется влияние взаимодействия, она перестает быть функцией только данной клетки» [1].

Таким образом, в результате взаимосвязи и взаимодействия части и целого отдельные функции клеток и органов подвержены качественным изменениям. Вот почему «...явления, раскрывающиеся в целом организме в суммарном своем проявлении, протекают и должны протекать иначе, чем протекали бы отдельные разрозненные части, взятые вместе как простая алгебраическая сумма всех явлений»[2].

Не видя качественного отличия целого по сравнению с его частями, механицисты в биологии и медицине приходят к отрицанию специфичности, присущей жизни, т. е. биологической форме движения материи. При таком подходе специфичность жизни, ее качественное отличие от неживого объявляются продуктом антропоморфизма, результатом человеческого познания, его несовершенства, субъективизма и т. д. Вот почему жизнь рассматривается механицистами как прикладная физика и химия (Ж. Леб и др.).

В виталистических и неовиталистических теориях проблема целого и части решается сугубо идеалистически. Корни идеализма в понимании данного вопроса уходят в натурфилософию Аристотеля. Идеалисты всех разновидностей, включая и виталистов, спекулируют аристотелевским принципом, согласно которому целое больше суммы составляющих его частей. Да и сам Аристотель, раскрывая содержание того «большего», содержащегося в целостном организме по сравнению с составляющими его частями, давал ему идеалистическое истолкование. Известно, что это «большее» было обозначено Аристотелем энтелехией, являющейся нематериальной силой, определяющей ход развития материи на пути к достижению конечной цели, так называемой causa finalis. Для витализма характерна неимоверная переоценка роли целого, противопоставление его частям и превращение целого в «надматериальный» фактор.

Развивая идеалистические стороны натурфилософии Аристотеля, неовиталист Ганс Дриш говорит о существовании нематериального «остатка», появляющегося после объединения частей, входящих в состав живого организма. Этот «остаток» и является носителем жизни.

---

[1] Ф. Бородулин. Кризис современной медицины. Под знаменем марксизма, 1928, № 7—8, стр. 240.

[2] Л. А. Орбели. Выступление на дискуссии по книге А. Д. Сперанского «Элементы построения теории медицины» (декабрь, 1936 г.). Архив биологических наук, 1937, т. 46, в. 2, стр. 125.

Многие современные зарубежные философы и медики в понимании проблемы целого и части стоят на позициях Аристотеля и Дриша. Вайтбрехт[1] в работе «Критика психосоматики» говорит, что, по мнению экзистенциалиста Ясперса, человек как целое никогда не станет предметом познания. Целое как проявление нематериального неуловимо, неразложимо и непознаваемо. Всякое познание человека, по мнению Ясперса, осуществляется лишь в частных аспектах.

Современный немецкий биолог Венцл также стоит на позициях витализма Дриша, утверждая, что жизненные процессы следует понимать «...либо как проявление преформирующего материю фактора, либо как актуализацию того, что уже находилось в материи, но уже является нематериалистической потенциальной силой»[2].

Виталистическое истолкование тезиса — «целое больше, чем сумма его частей» — направлено против механистического понимания жизни и организма как арифметической суммы частей. В своем исходном виде правильный тезис получает у виталистов мистическое истолкование. Виталисты не учитывают, что природа «остатка», «большего» носит материальный характер, что она является выражением биологической специфичности живых организмов и т. д.

Целое и часть, как и их «близнецы» — общее и местное, играют важную роль в методологическом вооружении медиков. Часть и местное, целое и общее хотя и очень близкие, родственные категории, но они не тождественны друг другу. Различие между ними, в частности, заключается в неодинаковости их объема. Часть и целое — это более общие категории, отражающие определенные взаимосвязи как в органической, так и неорганической природе. Категории же местного и общего — более узкие и характеризуют главным образом взаимосвязи явлений живой природы. Медицина, в частности, более всего использует для уяснения ряда процессов категории общего и местного. В частности, в настоящее время в связи с широким и все усиливающимся внедрением антибиотиков в лечебную практику возник вопрос о характере их терапевтического воздействия — действуют ли они лишь на микроб или на весь организм больного. Имеются сторонники того и другого взгляда.

Как показывают лабораторные и клинические исследования, антибиотики одновременно способны действовать и на патогенный микроб, и на организм в целом. «Антибиотики, — пишет Дависон, — следует применять таким образом, чтобы создать непосредственный контакт с инфицирующим микро-

---

[1] H. Weitbrecht. Kritik der Psychosomatik. Stuttgart, 1955.

[2] A. Wensl. Die philosophischen Grenzfragen der modern Naturwissenschaft., 1954, S. 116.

бом. Поэтому общее лечение гораздо эффективнее местного. За исключением чисто поверхностного инфицирования, микробы обычно локализуются в тканях, поэтому лекарство может достичь их только путем диффузии, будучи доставлено к месту инфекции током крови»[1].

Указывая на наличие двух противоположных точек зрения в вопросе о терапевтическом действии антибиотиков, Н. Н. Жуков-Вережников говорил: «Истина заключается в том, что антибиотики и подобные им антибактериальные препараты действуют и на патогенный микроб и, будучи раздражителями, иногда даже чрезвычайными, — на организм человека»[2].

Проблема общего и местного, помимо своего теоретического, методологического аспекта, имеет и практическое значение. В. М. Виноградов и П. К. Дьяченко справедливо указывают, что «ошибочное мнение о местной анестезии как методе выбора безотносительно к характеру заболевания и масштабу вмешательства послужило одной из основных причин, задержавших развитие отечественной анестезиологии и дальнейший рост большой хирургии»[3].

Соотношение общего и местного в патологии и в нормальном, физиологическом состоянии организма неодинаково, а имеет некоторые специфические, отличительные особенности. В здоровом организме местные физиологические процессы представляют собой составные части единой, целостной централизованной регуляции организма через посредство центральной нервной системы.

В патологическом состоянии взаимосвязь этих процессов принимает иной характер. Удельный вес общего и местного в возникновении и течении патологического процесса неодинаков. Значимость местного и общего зависит от ряда обстоятельств, в числе которых важнейшую роль играет характер заболевания и стадия развития болезни. Если при одних заболеваниях роль местного влияния незначительна, то при других болезнях наоборот.

В медицине нередко встречаются факты абсолютизации роли местного момента в возникновении и развитии болезни. Отражением подобной точки зрения является так называемый закон Баумгартена: «При удавшемся заражении туберкулезные бациллы нигде не могут проникнуть в организм без того, чтобы не вызвать на месте вхождения туберкулезных изменений». Согласно этому «закону» всякое заражение якобы не-

---

[1] F. Davison. Effective antibiotic therapy. Curr. Med. Digest., 1958, 25, 3, p. 114.

[2] Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. II, в. 1, стр. 16.

[3] В. М. Виноградов, П. К. Дьяченко. Основы клинической анестезиологии (Общая анестезиология). Л., Медгиз, 1961, стр. 3.

избежно ведет к возникновению «первичного комплекса», т. е. местных изменений в том или ином органе, являющемся воротами инфекции и в лимфатических узлах.

Игнорирование общего состояния организма и абсолютизация местного ведут к тому, что туберкулезные бациллы наделяются роковыми, фатальными способностями вызывать болезнь при любом соприкосновении с макроорганизмом. «Есть все основания полагать, что возникновение первичного (местного.—*Г. Ц.*) аффекта в воротах инфекции и при туберкулезе возможно только при условии массивности инфекции... При слабой инфекции первичные очаги возникают в своего рода местах наименьшего сопротивления (Locus minoris resistentia1), которыми являются для туберкулеза лимфатические узлы и легкие» [1].

Конечно, нельзя отрицать определенной закономерности локализации («излюбленное место болезни») при тех или иных заболеваниях. В этих случаях место, локализация болезни, не зависит от того, через какие «входные ворота» проникла в организм та или иная инфекция. Несмотря на распространение бета-нафтиламина по всему организму, первичные проявления ракового заболевания наблюдаются лишь в мочевом пузыре.

Иногда местные, локальные, условия развития болезни играют бóльшую роль, чем особенности самого возбудителя. Последствия, как говорят некоторые авторы, являются результатом бинома: вирулентность микроба плюс местные условия. Конечно, на особенности данного взаимодействия влияет и общее состояние организма. Иными словами, патологические, болезнетворные последствия зависят не только от дозы заражения, но и от места пребывания возбудителя и состояния защитно-приспособительных механизмов организма в целом. В большинстве случаев болезнь представляет собой целостную реакцию организма.

Нет абсолютно локальных, чисто местных, заболеваний. Все они в той или иной мере являются выражением общего состояния организма. «...Такие „местные“ очаги, как, например, тонзиллит, ангина и другие воспалительные процессы, лишь в клиническом понимании представляются местными, но общими в биологическом отношении»[2]. Теория нервизма Боткина — Павлова является одним из естественнонаучных доказательств диалектико-материалистического положения о

---

[1] Н. А. Налетов. К вопросу о локализации первичных туберкулезных очагов в зависимости от ворот инфекции. Архив патологии, 1948, в. 5, т. X, стр. 61.

[2] Р. И. Шарлай. Достоверное, спорное и ошибочное в концепции Селье применительно к ревматизму. В сб.: Ревматизм и борьба с ним. Киев, 1960, стр. 275.

неразрывной взаимосвязи части и целого, местного и общего в жизнедеятельности организма.

«Все болезни, как бы различны между собой они ни были, имеют между собой много общего, имеют общий синдром болезни, совокупность неспецифических симптомов, которые и представляют собой синдром настоящего существа болезни.

Врачи делают ошибку, когда лечат индивидуальную болезнь, ищут против нее специфические средства, не обращая внимания на неспецифический синдром, который является, так сказать, „корнем" болезни и который именно и надо лечить прежде всего» [1].

Взгляд на болезнь, ее характер, особенности возникновения, локализации и генерализации во многом предопределяет и способ воздействия на болезнь. В самом деле, если местный процесс — лишь проявление общего состояния организма, то лечебному воздействию следует подвергать прежде всего организм как целое. С другой стороны, если общее состояние организма обусловлено тем или иным болезнетворным воздействием местных патологических процессов, то лечебное воздействие должно быть направлено главным образом на местные процессы, при этом не следует упускать из вида и общее состояние организма. Развитие медико-биологических наук и клинической практики все более показывает ведущую роль общего, целостного состояния организма. Нельзя не согласиться с мнением некоторых ученых-медиков, что прогресс медицины «уменьшает» количество так называемых местных заболеваний, т. е. в ходе познания выясняется, что «чисто» местные болезни являются лишь локальным проявлением общего состояния организма. По мнению И. В. Давыдовского, «кожные болезни — фикция. Это — внутренние болезни, подчас — нервные с кожным проявлением». Г. П. Сахаров в свою очередь говорил, что даже бородавки на коже в своем большинстве являются нозологическим фоном, имеют расстройство общего обмена или же нарушения в деятельности нервной системы. Все более утверждается взгляд на воспаление, опухоль, ожог и т. д. как на местные реакции целостного организма, отражающие его общее состояние. Известно, например, что при ожоге происходит нарушение обмена веществ не только на месте ожога, но и во всем организме. Последнее понижает защитное, иммунологическое состояние организма. Это в свою очередь делает подобный организм уязвимым для инфекционных заболеваний.

Местное и общее существуют в диалектически противоречивом единстве. Это выражается в возможности взаимопере-

---

[1] О. С. Глозман. Об адаптационном синдроме и болезнях адаптации (концепция Селье). Научные известия Казахского медицинского института, 1960, № 16, стр. 167.

ходов и взаимовлияний местного и общего. Если хирургическая операция в анатомическом отношении является местным вмешательством, то в физиологическом отношении это общее воздействие на организм. Многие лекарственные вещества обладают местным и резорбтивным (общим) действием в одно и то же время. Например, хлоралгидрат местно раздражает слизистые оболочки, а при проникновении в кровь угнетающе действует на центральную нервную систему.

Современная медицина все более подтверждает тезис об относительном характере локализации. Последняя, как правило, говорит лишь о важности той или иной области заболевания. Лекарственные же вещества преимущественно оказывают общее воздействие на организм больного.

Нередко местное повреждение (травма, ожог) ухудшает общее состояние организма, а укрепление общего состояния организма часто ведет к быстрому исчезновению местных повреждений и т. д. «Нередко воздействия, направленные на местные патологические изменения или на регуляцию функционального состояния той или иной системы организма, не достигают достаточных результатов вследствие общего снижения реактивности организма и недостаточной восприимчивости его к определенным лечебным средствам. В этих случаях укрепление общей реактивности больного, его нервной системы, нередко исправляет положение» [1].

В заболевшем организме взаимоотношение общего и местного носит весьма сложный и противоречивый характер, в нем борются две взаимоисключающие тенденции — тенденция к расширению тех или иных патологических проявлений и тенденция к их сужению, локализации и обезвреживанию. Преобладание той или иной противоречивой стороны, победа той или другой тенденции во много зависят от общего состояния организма, деятельности его защитно-приспособительных механизмов и т. д. В самом организме имеются такие механизмы, которые способствуют обезвреживанию, локализации патологического процесса. К ним относятся всевозможные гисто-гематогенные барьеры, барьеры лимфатических узлов и т. д. По мнению И. В. Давыдовского, всякая травма, особенно с нарушением анатомической целостности тканей, сопровождается общей катаболической реакцией, мобилизацией организмом необходимых энергетических ресурсов, высвобождением важнейших химических элементов (фосфора, азота, серы, калия и т. п.) для предстоящей регенерации.

Исходя из органической взаимосвязи общего и местного в организме, передовые представители медицины всегда счита-

[1] В. Г. Вогралик. Об основных положениях современной практической медицины. В кн.: Общие основы терапии внутренних болезней. Горький, 1961, стр. 23—24.

ли, что «...врачевание не состоит в лечении болезни... Врачевание состоит в лечении самого больного». «Каждый больной, по различию сложения своего, требует особого лечения, хотя болезнь одна и та же» [1].

Из стихийно-диалектического понимания взаимоотношения части и целого, местного и общего и сущности самой болезни исходил крупнейший отечественный клиницист конца XIX и начала XX века А. А. Остроумов: «Организм — целое, расстройство одной части отражается на всем организме изменениями жизнедеятельности других его частей; поэтому ослабление одного органа расстраивает весь организм... Все отправления органов так тесно связаны между собой, что с какого бы органа мы ни начали изучать функции и строение организма, необходимо исследовать весь организм» [2].

Конечно, было бы неправильно переоценивать общее в ущерб местному. И. П. Павлов, имея в виду возможность переоценки общего, говорил: «Само собой разумеется, живой организм есть целое, но как отрицать элемент, это — бессмыслица, невежество, недоразумение...».

В нашей теоретической и практической медицине имеет место тенденция переоценки роли общего состояния организма. Не учитывается, что нервная система не управляет всеми проявлениями местной жизни, а лишь координирует основные процессы жизнедеятельности организма. Нервная и эндокринная системы, справедливо говорил М. П. Кончаловский, не управляют полностью местной жизнью, но лишь координируют, т. е. активируют или угнетают, различные ее стороны. Вегетативная иннервация, по мнению М. П. Кончаловского, дифференцируется на самостоятельные местные участки, имеющие, однако, связь с центром, с корой больших полушарий.

В результате опосредованного восприятия нервной системой тех или иных болезнетворных раздражителей болезнь может возникнуть не на месте воздействия патогенного раздражителя, а в другой области. «При изучении соотношения местного и общего в патологическом процессе необходимо различать местное (по месту приложения) действие патогенного агента и ответную реакцию на него. Последняя, независимо от форм своего проявления, всегда является рефлекторной общей реакцией целостного организма. Формы этой реакции могут быть различны»[3].

---

[1] М. Я. Мудров. Слово о способе учить и учиться медицине практической. М., 1820.

[2] Цит. по А. Л. Мясникову. Русские терапевтические школы. М., 1951, стр. 10.

[3] Г. Н. Крыжановский. Некоторые вопросы изучения защитных и патологических реакций. Дискуссия по проблеме этиологии и патогенеза. Тезисы докладов и выступлений. Рязань, 1954, стр. 27.

§ 11. Норма, здоровье и болезнь в свете законов и категорий диалектики

Понятия и категории любой науки отличаются друг от друга по своему объему и содержанию. Понятия «норма», «здоровье» и «болезнь» являются наиболее общими по сравнению со всеми другими понятиями медицины.

Большая общность и широта объема этих понятий выдвигает их на пограничную линию между медико-биологическими науками, с одной стороны, и философскими, социально-экономическими науками — с другой.

Помимо специального, медико-биологического аспекта, указанные понятия имеют и философский, методологический аспект.

В истории медицинской науки о природе и содержании нормы, здоровья и болезни высказывались самые различные мнения. Последние прямо или косвенно отражали мировоззрение ученых и методологию их мышления.

Попытка сформулировать понятия здоровья и болезни и придать им единую унифицированную форму предпринимается на протяжении всей истории медицины.

В религиозной медицине болезнь и здоровье рассматривались как дар божий. В частности, в идеалистической ассирийской философии само существование человека рассматривалось как божья милость. Но люди якобы могут забыть конечную божественную цель своего назначения и нарушить предписанные богом моральные законы. Подобное нарушение этических божественных предписаний является своеобразным восстанием против божества, наказание за которое проявляется в форме разочарования, боли и болезни. При таком подходе болезнь рассматривалась как проявление моральной нечистоплотности, мешающей больному участвовать в публичных религиозных церемониях и т. п. На больного смотрели как на более или менее добровольно «отлученного от церкви». В свою очередь физические симптомы — жар, рвота и т. д. — считались видимыми проявлениями моральной нечистоплотности. В Греции времен Гомера болезнь также нередко рассматривали как проявление физической нечистоплотности, как одну из форм позора и наказания [1].

Вся стратегия поисков единой основы болезни в материалистической медицине сводилась в конечном счете к обнаружению общих структурных или функциональных характерных ее особенностей. Характеризуя функциональные особенности болезни, Гиппократ выделил в ней две стороны — pathos (соб-

---

[1] P. L. Entralgo. Mind and Body. London, 1955, p. 26.

ственно патологическое) и ponos (борьба организма за восстановление нарушенного здорового состояния). Если внутренняя картина болезни характеризуется борьбой и взаимодействием указанных выше начал и тенденций, то своими корнями болезнь уходит в неблагоприятные воздействия среды. Болезнь, по мнению Гиппократа и его школы, это наглядное или скрытое проявление нарушения нормального равновесия между организмом и окружающей его средой. В книге «Эпилепсия» он говорит, что «каждая болезнь имеет свою собственную природу и причинами ее являются внешние условия: холод, солнце и изменяющиеся ветры». Болезнь, по Гиппократу, возникает тогда, когда одно из жидких начал организма (кровь, слизь и т. д.) не в состоянии гармонически сочетаться и взаимодействовать со всеми остальными.

Опираясь на некоторые высказывания Гиппократа о болезни, Гален рассматривал ее как необычное, «сверхъестественное» состояние организма, нарушающее его нормальные функциональные отправления. Болезнь — это особое состояние организма. Вне заболевшего организма существуют лишь причины болезни, но не болезнь как таковая. Следовательно, несмотря на свою мировоззренческую непоследовательность, Гален по существу отверг религиозное понимание болезни как некого внешнего существа, внедрившегося по произволу потусторонних сил в организм и причинившего ему болезнь.

С момента возникновения и до XIX века в медицине преобладали натурфилософские воззрения на здоровье и болезнь человека. Преобладание же элементов идеализма или материализма в подобных воззрениях зависело от мировоззрения ученых и врачей, от господствующей в обществе идеологии.

С развитием целлюлярной патологии медицина постепенно преодолевает натурфилософские представления о болезни, стремясь познать ее конкретный материальный субстрат. Сводя содержание болезни к количественным изменениям той или иной ткани, Р. Вирхов считал, что больная ткань (что, по его мнению, равнозначно болезни) «...образуется или на таком месте, где не должна быть, или в такое время, когда не должна образоваться, или в таком количестве, которое не соответствует типическому составу тела. Говоря короче, инородность, гетерология состоит или в иноместности (heterotopia), или в иновременности (heterochronia), или, наконец, в чисто количественном уклонении, в иномерности (heterometria)».

Метафизический взгляд на соотношение здоровья и болезни обусловил отрицание Р. Вирховом качественных различий между ними, а все своеобразие болезни сводилось им к количественным процессам усиления или ослабления деятельности организма.

Рассматривая болезнь как новое структурно-функциональное состояние организма и выражая свое несогласие с мнением Р. Вирхова, известный русский патолог В. В. Пашутин писал: «...процессы принимают в заболевшем органе направление, качественно отличающееся от нормального» [1]. Критикуя преформистские взгляды на болезнь, В. В. Пашутин указывал, что патологическое не содержится в виде «зародыша» в нормальном, в здоровье.

Будучи метафизиком, Р. Вирхов по существу отождествил закономерности соотношения и проявления данных процессов в живой и неживой природе. Критикуя «клеточную автономию» Вирхова, Ф. Энгельс показал, что часть и целое, простое и составное, местное и общее в своем проявлении в живой природе имеют ряд специфических особенностей. Энгельс писал, что «часть и целое — это такие категории, которые становятся недостаточными в органической природе. ...Ни механическое соединение костей, крови, хрящей, мускулов, тканей и т. д., ни химическое соединение элементов не составляют еще животного... Организм не является ни простым, ни составным, как бы он ни был сложен» [2].

Учитывая особый характер целостности высокодифференцированного живого организма, сформировавшегося в ходе эволюционного взаимодействия с окружающей средой, Ф. Энгельс указывал на особую роль в нем нервной системы как органа координации важнейших жизненных процессов (в норме и патологии).

По существу с подобных же методологических позиций к критике целлюлярной патологии Р. Вирхова подходили многие выдающиеся отечественные ученые XIX века, особенно И. М. Сеченов, а позднее и И. П. Павлов.

В патологии XIX века прочно утвердился взгляд на болезнь как на своеобразную форму нарушения во взаимоотношении между организмом и средой и во взаимоотношении функционально-структурных связей внутри самого организма. Но в данном определении подчеркивается лишь один момент — биологический, т. е. относительная гармония между структурой и функцией (или ее нарушение при болезни), обусловленная тем или иным взаимоотношением организма и среды. Некоторые ученые как в прошлом, так и в настоящее время при определении здоровья и болезни по существу ограничиваются лишь указанием на биологический аспект этой проблемы. Например, по мнению В. В. Пашутина, здоровое состояние организма определяется полной гармонией отдельных органов, подобно тому как здоровое состояние каждого отдельного органа

---

[1] В. В. Пашутин. Лекции по общей патологии. Казань, 1878, стр. 12.
[2] Ф. Энгельс. Диалектика природы. Госполитиздат, 1955, стр. 168

предполагает гармонию в деятельности образующих этот орган гистологических элементов. Подобное одностороннее биологическое понимание проблемы здоровья и болезни человека является результатом игнорирования социальной природы человека. Аналогичные взгляды на проблему здоровья и болезни вытекают из антропологического воззрения на человека как на существо лишь биологическое.

Определяя болезнь как результат нарушения взаимоотношения организма и среды, ведущий к нарушению функционально-структурной гармонии внутри самого организма, некоторые авторы обращают внимание на специфические особенности здоровья и болезни и оставляют в забвении вопрос о генетической связи и даже относительном сходстве этих состояний жизни. В этой связи нередко предъявляется необоснованное обвинение в адрес К. Бернара, который говорил, что нет необходимости отыскивать особые законы для патологии и физиологии, что физиология может дать ключ для понимания процессов, происходящих в здоровом и больном организме.

Наряду с недооценкой качественного своеобразия болезни по сравнению со здоровьем в данном положении К. Бернар выразил весьма глубокую диалектическую мысль о наличии генетической связи и некоторого биологического сходства между здоровьем и болезнью. В самом деле, даже во время болезни организм не выходит из состояния взаимодействия со средой. А взаимодействие со средой невозможно без использования физиологических, биохимических и физико-химических «рабочих механизмов». Приспособление организма к среде (адекватное в состоянии здоровья и неадекватное при болезни) невозможно без использования физиологических, общебиологических законов. Кроме того, известно, что патологический процесс характеризуется не только нарушением нормальной жизнедеятельности организма, но и борьбой за ее восстановление. Все защитные, компенсаторные процессы во время болезни происходят на основе физиологических, общебиологических закономерностей. И. М. Мечников говорил, что патологические и физиологические процессы протекают на основе общебиологических законов эволюции, согласно которым естественный отбор вырабатывает и закрепляет приспособительные защитные функции организма.

Среди идеалистических воззрений на норму, здоровье и болезнь человека в прошлом, а особенно в настоящее время господствующими являются субъективно-идеалистические представления.

В частности, субъективно-идеалистический взгляд на норму заключается в отрицании ее онтологического, субстанционального содержания. Норма рассматривается не как отраже-

ние определенных объективных свойств, качеств и отношений тканей, органов и систем организма, а лишь как номиналистический и семантический феномен. Согласно подобным воззрениям норма — это результат единого, общего мнения ученых на те или иные процессы, происходящие и наблюдаемые в организме.

Гносеологической основой субъективно-идеалистических воззрений на норму является абсолютизация момента подвижности, динамичности и изменчивости нормы у различных людей в довольно широком диапазоне.

Релятивизм лежит и в основе современных субъективно-идеалистических представлений о норме. В частности, А. В. Кнойкер в статье «Философское обоснование нормы в медицине» пишет: «Патология — такая же фикция для понимания, как и норма. Между нормой и патологией нет никакой принципиальной разницы»[1]. Проводится мысль, что норма — это исключительно субъективное представление человека.

Современные психосоматики в понимании нормы через релятивизм приходят к крайним выводам субъективного идеализма. Иоганес Шрайбер в вышедшей в 1953 г. книге «Биологические функции души»[2] утверждает, что примат душевного над соматическим якобы проявляется как в нормальном, так и в патологическом состоянии. На вопрос, какая же форма душевной деятельности составляет норму и лежит в основе здоровья и какая выходит за пределы нормы и обусловливает определенные органические заболевания, Шрайбер дает сугубо идеалистический, психосоматический ответ: физиологическая норма, т. е. здоровье, является лишь следствием «душевной нормы». Лишая норму объективного содержания, рассматривая ее в духе концептуализма, субъективный идеализм тем самым обезоруживает медицину.

Согласно объективно-идеалистическим воззрениям, норма рассматривается как совокупность определенных проявлений, отношений и свойств организма, отражающих собой лишь «идею этого организма». В подобном случае норма — это лишь копия, отображение идеи, преформированного идеального типа, который и воспроизводится в процессе филогенетического и онтогенетического развития организма.

Материалистическая наука рассматривает норму как выражение объективного состояния организма. Норма—это гармоническая совокупность и соотношение структурно-функциональных данных организма, адекватных его окружающей среде и обеспечивающих организму оптимальную жизнедеятельность. Это определение отражает то общее, что присуще

---

[1] Schweizerische Medizinische Wochenschrift, № 27, 1950, S. 706.

[2] J. Schreiber. Die biologische Funktionen der Seele. Bigge Ruhr, 1953.

нормальной жизнедеятельности животного и человека. Применительно к человеку под нормой следует понимать еще и то, что обеспечивает ему полнокровную общественно-трудовую жизнедеятельность.

Материалистическая биология и медицина рассматривают норму как результат эволюционно-филогенетического развития живых существ. Норма — это особая форма приспособления организма к условиям окружающей среды. В силу этого особенности и проявления нормы у различных видов обширного филогенетического ряда живых существ в конечном счете обусловлены спецификой их взаимоотношений с условиями окружающей среды.

В филогенетическом развитии у определенных групп организмов имеются «типические» формы жизненных процессов, выработанные как выражение взаимодействия со средой. Под типическим следует понимать «исторически возникшее и при данных условиях общее, присущее соответствующим организмам, существенное и необходимое для их существования, относительно устойчивые жизненные процессы и их отношения. Болезненные процессы, наоборот, есть «атипические» процессы, которые возникли как следствие превышения «типических» реакций приспособления организма при воздействиях среды или «эндогенного» нарушения обмена веществ и данного регуляторного механизма. Они отличаются от «типических» (т. е. нормальных) процессов количеством, местом и временем (гетерология общей патологии)»[1].

Таким образом, «типические» формы реакций, сформировавшиеся в процессе филогенетического развития организмов в ответ на раздражители и стимулы экзогенного и эндогенного характера, и получили название нормы.

Основная функция живого организма, говорит Вагнер[2], — это выравнивание отношений между вечно изменяющимися условиями среды и постоянной потребностью организма сохранять одни и те же необходимые внутренние условия для обеспечения отправлений тканей, органов и всего организма в целом. В силу этого нормальная жизнедеятельность организма возможна лишь тогда, когда в нем сохраняется способность к выравниванию отношений между организмом и воздействиями среды. Функционирование живого — от целого (всего организма) через частности (органы) до составных элементов (клетки) — направлено на охрану организма и исправление нарушений и отклонений от выработавшейся в процессе эволюции нормы.

---

[1] См. Arzt und Philosophie. Berlin, 1961, S. 177—178.

[2] R. Wagner. Das Regelproblem in der Biologie. Arch. exptl. Pathol. und Pharmakol., 1956, № 1—2, S. 6—29.

Норма представляет собой проявление закономерности в жизнедеятельности организма. Но закономерность в этом случае проявляется лишь в форме объективной тенденции. Это значит, что отклонения от нормы в ту или иную сторону всегда колеблются вокруг своеобразного остова, вокруг той величины, которая получает более или менее точное среднесуммарное выражение. Являясь специфическим проявлением закономерности, норма отражает собой совокупность объективных, общих, существенных, внутренних, необходимых и повторяющихся свойств, качеств, отношений и состояний тканей, органов и систем организма.

Биологическое понятие нормы тесно связано с философской категорией меры. В норме отражается такое качественное состояние жизнедеятельности организма, на которое количественные функционально-морфологические сдвиги (увеличение или уменьшение) в определенных рамках не оказывают существенного влияния. Норма — это те демаркационные грани (верхние и нижние), в пределах которых могут происходить различные количественные сдвиги, не влекущие за собой качественного изменения в морфологическом и физиологическом состоянии организма, его различных тканей, органов и систем. В данном случае речь идет о динамической, а не статической норме. Для динамической нормы недостаточно определения средних суммарных величин, характеризующих состояние органов в относительном покое. Для нее важно определить и «нормальные» отклонения от среднего уровня, обусловленные теми или иными влияниями окружающей среды.

Не всякое отклонение от среднего суммарного уровня равнозначно заболеванию. Если с формальнологической точки зрения подобное отклонение часто расценивается как проявление болезни, то диалектико-материалистическое мышление в подобных случаях позволяет видеть и такого рода отклонения, которые обеспечивают нормальное здоровое существование организма.

Отклонения от нормы могут быть вполне «нормальными», так как они нередко носят защитный, приспособительный характер. В силу этого понятие нормы должно быть неразрывно связано с понятием функциональной мобильности тканей и органов, с их способностью использовать «резервные силы» организма.

При определении и анализе нормы нельзя ограничиваться лишь среднесуммарными, среднестатистическими величинами. Переоценка роли среднестатистических величин ведет к односторонним, механистическим, узкоколичественным выводам и положениям. Подобный методологически несостоятельный подход привел в свое время к возникновению весьма упрощен-

ной концепции Рубнера о нормах питания человека, которая учитывала лишь количественную сторону этого вопроса и отрицала его качественный аспект.

Прогресс медико-биологических наук вносит существенные коррективы в прежние представления о норме. Сейчас в арсенал мыслительных средств врача и биолога входит и понятие биохимической нормы. Имея в виду явления биохимических вариаций в организме, проф. С. Я. Капланский закономерно ставит вопрос, как следует рассматривать крайние значения тех или иных показателей состава организма, интенсивности обменных процессов, встречающиеся у здоровых людей, но выходящие за пределы средних величин? Являются ли эти крайние величины свидетелями не проявившейся еще «скрытой патологии» или они говорят лишь о необходимости расширения рамок так называемых биохимических норм? [1].

Подобные факты говорят о трудности определения нормы и недопустимости переоценки роли так называемых среднестатистических норм. «...„Нормальный" индивид, — говорит Р. Уильямс, — всегда ненормален по каким-либо из своих многочисленных признаков... „нормальный" во всех отношениях организм представляет явление, наиболее необычное из всех существующих» [2].

Методы стандартизации, т. е. установления средних значений, среднестатистических уровней, как справедливо указывает У. Браун [3], ведут к грубому делению людей на два класса — нормальных и ненормальных. Такой методологический подход с некоторыми ограничениями пригоден лишь для выявления так называемой статической нормы, но он не нацеливает на познание специфики динамической нормы и различных переходных, градационных состояний.

При подобном методологическом подходе к определению нормы всякое незначительное колебание, отклонение от средней величины является необходимым и достаточным условием для отнесения его к ненормальному, болезненному состоянию.

Подобный методологический принцип явился одной из гносеологических предпосылок возникновения ломброзианства. Ц. Ломброзо неимоверно расширил понятие дегенерации и дегенеративных признаков, исходя из одностороннего среднестатистического понимания нормы. Вследствие этого в разряд дегенеративных явлений он включил и такие, которые в науч-

---

[1] С. Я. Капланский. Предисловие к книге Р. Уильямса «Биохимическая индивидуальность». Изд. иностранной литературы, 1960.

[2] Р. Уильямс. Биохимическая индивидуальность. Изд. иностранной литературы, 1960, стр. 238.

[3] W. H. Brown. Constitutional Variation and Susceptibility to Disease. The Harvey Lectures, Villiams and Wilkins Comparny, Baltimore, 1930, p. 109.

ной морфологии называются незначительными аномалиями, а нередко — индивидуальными вариациями структуры. Но известно, что отдельные отклонения от так называемой типичной, нормальной (среднестатистической) нормы, в данном случае структуры, формы, индивидуальные вариации формы и даже незначительные ее аномалии не всегда ведут к нарушению функции того или иного органа. Здесь действует объективный диалектический закон перехода количественных изменений в качественные. В частности, морфологические аномалии и индивидуальные вариации структуры того или иного органа могут привести к качественному изменению функции (нормы) лишь при достижении определенного количественного уровня. Например, вес мозга и его структура, даже так называемая атипичность извилин мозга, могут колебаться в определенных пределах, не влияя на его функции. Но при достижении критического уровня вес мозга или атипичность его извилин могут влиять и на характер его функциональной деятельности.

В этом отношении является несостоятельным вывод Ц. Ломброзо о том, что уменьшение передней части черепа и сильное развитие нижней челюсти — непременный признак «врожденного преступника». На основании индивидуальных колебаний длины челюсти или лицевого скелета в определенных количественных рамках нельзя делать обобщающего вывода о дегенерации людей с несколько большей длиной челюсти или лицевого скелета.

Абсолютизируя и догматизируя роль среднестатистических величин, некоторые буржуазные медики приходят к идеализации отдельных личностей, обладающих «явными отклонениями» морфологического и функционального характера от так называемого среднего уровня. Этим самым подводится естественнонаучная основа под идеалистический культ личности. Мир, говорит А. В. Кнойкер [1], нуждается в миллионах разнорабочих, т. е. средних по интеллекту и другим показателям людей и единицах гениальных личностей, которые могут «изменить мир».

Протестуя против отождествления «нормального» с «обычным», говоря о недопустимости использования «типовых», среднестатистических норм в политических целях, акад. А. А. Богомолец писал: «...можно ли считать нормой то, что во Франции во времена абсолютизма и у нас непосредственно перед империалистической войной средняя длительность человеческой жизни, выведенная на основании многомиллионных числовых данных была меньше 30 лет?» [2].

---

[1] Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 1950, № 27, S. 704.

[2] А. А. Богомолец. Избранные труды. Киев, 1958, т. 3, стр. 27.

Если канонизировать и абсолютизировать среднестатистический момент нормы, то пришлось бы признать, говорил А. А. Богомолец, что для индусов «нормально» умирать от холеры и чумы в неизмеримо большем числе, чем англичанам, живущим в тех же самых местностях.

Таким образом, отождествление «нормального» с «обычным», часто встречающимся, среднесуммарным равнозначно отрыву организма от условий окружающей среды. Применительно же к человеку такое отождествление ведет к противопоставлению его социально-экономическим условиям жизни и как неизбежный результат — к биологизации.

Норма, здоровье и болезнь — это по существу триединая проблема. Разрабатывая позитивную сторону понятия нормы, здоровья и болезни, материалистическая медицина постоянно ведет борьбу с идеалистическим истолкованием этих категорий. Наибольшим извращениям со стороны идеалистов подвергается понятие «болезнь».

С точки зрения субъективного идеализма, как правило, болезнь рассматривается как сугубо личное, условное состояние больного. Абсолютизируя роль субъективного момента в болевом ощущении, анамнезе, аггравации и т. д., сторонники субъективного идеализма приходят к полному отрицанию объективной патофизиологической и структурной, патанатомической основы в болезни.

В современной зарубежной медицине широкое распространение получило неономиналистическое воззрение на болезнь, согласно которому она рассматривается как некое общее имя единичных заболеваний. Реально существуют лишь якобы отдельные болезни со специфическими, неповторимыми симптомами, а общее понятие болезни как нозологической единицы трактуется как продукт автономной деятельности мышления, не отражающего объективно общих, необходимых и реально существующих свойств, качеств и состояний организма.

Субъективно-идеалистическое воззрение на болезнь характерно и для психосоматической концепции, в настоящее время широко распространенной в буржуазной медицине.

Психосоматика возрождает сугубо автогенетический взгляд на болезнь. Если начальным звеном в развитии болезни, по мнению психосоматиков, является эмоциональный фактор, то вся последующая картина болезни якобы обусловлена наследственными, конституциональными, т. е. врожденными особенностями организма. В свою очередь психоэмоциональный фактор низводится ими до роли внешнего пускового механизма автономно, эндогенно развивающегося болезненного процесса.

Свою автогенетическую концепцию болезни психосоматики стремятся использовать в сугубо политических целях. В част-

ности, с позиций автогенеза производственный травматизм рабочих ставится в вину... самим же рабочим, которые якобы имеют «психосоматическое, конституциональное предрасположение» к различным несчастным случаям и т. д. Болезнь — это якобы бегство в башню из слоновой кости от социальных невзгод, всевозможных эмоциональных стрессов, порождаемых современной цивилизацией, т. е. империалистическим строем.

«Попытка лечить людей — бесчеловечна», — гласят некоторые психосоматики. Задача врача будто бы заключается в том, чтобы делать здоровых людей больными, так как это позволяет им выдержать суровый «экзамен жизни», т. е. смириться с буржуазной действительностью и уйти в мир субъективных болезненных ощущений и переживаний.

Объективно-идеалистические воззрения на природу болезни менее распространены в зарубежной медицине. Подобные представления характерны прежде всего для медиков, стоящих на философских позициях неотомизма. Дуалистически рассматривая соотношение соматического и психического и отрицая наличие причинной связи между ними, неотомисты приходят к выводу, что болезням подвержено лишь соматическое начало организма. Душа как порождение бога находится вне сферы влияния болезней. Даже тогда, когда душа «сбивается с дороги», она не находится в причинной связи с анатомо-физиологическим состоянием организма. Болезнь, — говорит неотомист-психиатр К. Шнейдер, — это пространственно локализуемое и сугубо соматическое явление. Если соматические болезни отдаются на откуп медицине, то психические болезни якобы должны быть монополией религии.

В противоположность различным идеалистическим воззрениям на характер и сущность болезни научная медицина рассматривает ее как вполне естественный, материальный процесс, как особую, специфическую, стесненную и ограниченную в своих проявлениях форму жизни.

Если здоровье представляет собой проявление нормальной жизнедеятельности человеческого организма, которая предоставляет ему реальную возможность полноценно выполнять общественные, в широком смысле слова, и прежде всего трудовые функции, то болезнь в свою очередь является нарушением нормальной жизнедеятельности человеческого организма, ведущим к понижению, а нередко и утрате приспособительных способностей организма к окружающей (природной и социальной) среде. «Болезнь соответственно этому — временные, лабильные, характерные формы жизни, сопровождающиеся функциональными и структурными отклонениями от „типического“ ответных реакций, являющиеся следствием нарушения взаимоотношений между организмом и средой или

как результат внутреннего равновесия. Эти изменения являются такими далеко идущими и длительными, что типическая регуляция организма в целом или в отдельных его частях на длительное время ограничивается и этим существенно понижается способность приспособления и регуляции организма»[1].

В определении болезни нельзя ограничиваться лишь тем, что болезнь является отклонением от нормы. Не всякое отклонение от нормы артериального давления, температуры и т. д. равнозначно заболеванию. Напротив, подобное отклонение от нормы может быть показателем здоровья, свидетельством больших мобильных способностей организма.

Понятие физиологической нормы, как справедливо подчеркивают И. Р. Петров и В. К. Кулагин[2], для многих функций весьма широко и в ряде случаев определяется индивидуальными особенностями, завися от конституциональных свойств и реактивности организма. В силу этого изменения, являющиеся для некоторых людей патологией, для других являются физиологической нормой.

Ограничиваясь формулировкой: «болезнь есть результат отклонения от нормы», мы вольно или невольно отрываем организм от окружающей его среды, так как то состояние организма, которое для одних условий природной и социальной среды является «нормальным», для других оно будет несомненной патологией.

Определение болезни как нарушения соответствия между организмом и средой также не является удовлетворительным, так как утрата или резкое понижение адаптационных, приспособительных способностей человеческого организма к окружающей социальной и природной среде является лишь одним из существенных проявлений болезни. Кроме того, этот процесс нужно рассматривать с двух сторон. Во-первых, понижение или утрата приспособительных возможностей организма является одним из условий, способствующих возникновению заболевания. Во-вторых, понижение или утрата приспособительных возможностей организма является одним из следствий возникшей болезни.

Нарушение или понижение адаптационно-приспособительных способностей организма к окружающей природной и социальной среде является в то же время важным критерием в познании болезни как качественно нового состояния организма, как жизни, стесненной в своей свободе.

Ограничиваться при определении болезни лишь указанием на нарушение нормальной жизнедеятельности организма, воз-

---

[1] Arzt und Philosophie. Berlin, 1961, S. 178.

[2] И. Р. Петров, В. К. Кулагин. О качественных особенностях болезни. Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 1962, № 4, стр. 4

никшем под влиянием неблагоприятной среды, также нельзя. В данном определении подчеркивается лишь одна сторона проблемы — «активная», «патогенная» роль окружающей среды. Болезнь же представляет двуединый процесс взаимодействия «активного» организма с «активной» окружающей средой.

Благодаря «активности» организма различные отклонения от нормы, возникающие в результате воздействия болезнетворных факторов окружающей среды, компенсируются включением резервных сил организма.

Не случайно в современной медико-биологической науке понятие нормы неразрывно связывается с понятием функциональной мобильности («активности») организма, с его способностью использовать резервные силы и потенциальные возможности и т. п.

Кроме того, следует учитывать, что абсолютного соответствия между организмом и окружающей средой не существует ни в здоровом, ни в больном состоянии. Наличие абсолютного соответствия между организмом и средой лишило бы его всяких источников развития и изменения. При наличии абсолютного соответствия между средой и организмом была бы невозможна и эволюция последнего, было бы невозможно и возникновение защитно-приспособительных реакций как основных физиологических механизмов организма в борьбе против болезни.

Учитывая сказанное выше, следует указать и на ограниченность определения болезни, данного в свое время А. А. Остроумовым: болезнь как такое состояние, которое возникло в результате нарушения соответствия между организмом и внешней средой.

Кроме того, противопоставление внешних (экзогенных) и внутренних (эндогенных) причин заболеваний также не является абсолютным. «Противопоставление эндогенных и экзогенных причин имеет смысл лишь в настоящей ситуации, так как между ними нет абсолютной противоположности. Эндогенные факторы являются или индивидуально унаследованными или результатом взаимодействия между организмом и средой в предыдущих поколениях (конституция, наследственный фактор)» [1].

Наиболее распространенные определения болезни, как правило, вскрывают лишь ту или иную ее черту, свойство и особенность.

Нередко в определении болезни на первое место выдвигается или ее этиологический, или патогенетический аспект, или социально-трудовые последствия заболеваемости.

---

[1] Arzt und Philosophie. Berlin, 1961, S. 178.

Классическое определение болезни с этиологической точки зрения дал С. П. Боткин, неразрывно связывая болезнь с причиной, имеющей почти всегда экзогенное происхождение.

Патогенетический механизм болезни в общей форме раскрыт И. П. Павловым, который в болезни видел по существу три группы явлений. Во-первых, непосредственно патологические явления, выражающиеся, по словам И. П. Павлова, в «поломке» органа, нарушении его нормальной деятельности. Во-вторых, включение в работу системы защитных механизмов (фагоцитарная реакция, выработка антител и т. д.). В-третьих, деятельность компенсаторных механизмов различных степеней сложности и уровней, которые принимают на себя работу вышедшего из строя или поврежденного органа и т. п.

Следует указать, что распространенное среди некоторых ученых мнение о механистичности павловского положения, характеризующего патогенетическую природу болезни, является несостоятельным. При помощи внешне механических терминов («поломка», «разрушение» и т. д.) И. П. Павлов вскрывает глубокую диалектическую сущность патогенетического механизма болезни. По мнению И. П. Павлова, воздействие этиологических факторов на организм не ограничивается простой «поломкой» органов и тканей. «Поломка» того или иного участка организма рефлекторным путем вызывает целую комбинацию общих реакций организма, выходящих за пределы непосредственного «разрушения» и «поломки» органов или тканей организма.

Многогранная картина болезни не может быть исчерпана изучением ее этиологического и патогенетического аспекта. Не менее важным в изучении природы болезни является и ее общебиологический аспект. Кроме того, при изучении этого аспекта болезни наиболее полно раскрывается то относительное сходство, которое имеют здоровье и болезнь, как специфические формы проявления жизни и ее важнейшего атрибута — обмена веществ организма с окружающей средой.

Общебиологический аспект здоровья и болезни по существу раскрыт Ф. Энгельсом в его классическом определении жизни: **«Жизнь есть способ существования белковых тел,** и этот способ существования состоит по своему существу в постоянном самообновлении химических составных частей этих тел»[1].

Проблему здоровья и болезни в общебиологическом плане следует рассматривать в органическом единстве с проблемой сущности жизни и обмена веществ. Здоровье и болезнь являются специфическими формами проявления жизнедеятельности организма, основным содержанием которой является обмен веществ.

---

[1] Ф. Энгельс. Анти-Дюринг. Госполитиздат, 1957, стр. 77.

Здоровье и болезнь представляют собой специфические формы течения обменных процессов. Если здоровье можно назвать гармонической, нормальной формой течения обменных процессов, то болезнь представляет собой нарушение согласованности течения обменных процессов в целом или некоторых его видов (белкового, водного, углеводного и т. д.).

Болезнь, как правило, является следствием нарушения многих обменных процессов. Нарушения обменных процессов при заболевании могут быть как количественными, так и качественными. В свою очередь повышение или понижение интенсивности обменных процессов (количественные изменения), выходя за рамки нормы, или так называемой меры, нередко ведут к качественным сдвигам и изменениям в организме и возникновению того или иного заболевания.

Определение здоровья и болезни в общебиологическом плане как качественно различных форм течения обменных процессов вытекает и из специфических особенностей процесса познания.

При определении того или иного понятия мы обычно подводим его под более широкое по своему объему и общее понятие. Самым же общим понятием применительно к жизнедеятельности организма (в любом его состоянии) является обмен веществ. В силу этого здоровье и болезнь как формы жизнедеятельности организма следует определять путем их подведения под более общее понятие — обмен веществ.

Сформулированный И. П. Павловым основной общебиологический принцип, лежащий в основе понятия болезни, также указывает на решающее значение при болезни нарушения обменных процессов. В своем конкретном биологическом проявлении единство повреждения и физиологической защиты организма против этого повреждения представляет собой взаимодействие диссимиляции и ассимиляции в их специфических формах и взаимопереходах.

Таким образом, здоровье человека в общебиологическом плане представляет собой гармоническое отправление всевозможных обменных процессов между организмом и окружающей его средой, и как следствие этого — согласованное течение обменных процессов внутри самого организма, проявляющееся в нормальной жизнедеятельности функциональных, морфологических и биохимических свойств и процессов.

В свою очередь болезнь человека в общебиологическом плане представляет собой дисгармонию обменных процессов, ведущих в конечном счете к нарушению возникшего в процессе филогенетического развития адекватного взаимоотношения между организмом и средой, к нарушению и понижению защитно-приспособительных функций организма, к изменению

и нарушению функциональных, биохимических и морфологических процессов и отправлений.

Данные определения здоровья и болезни прежде всего вскрывают то общее, что присуще живым существам, находящимся на различных ступенях эволюционного развития.

Но всякое общее проявляется специфически. Специфической особенностью развития человека как социального существа является то, что его жизнедеятельность (нормальная и патологическая) в конечном счете облекается в сложный психоэмоциональный и психоинтеллектуальный «наряд». В силу этого при изучении проблемы здоровья и болезни человека необходимо видеть и другой аспект данной проблемы, который может быть назван психологическим.

Но и этим не может быть исчерпана специфика проблемы здоровья и болезни человека. Важнейшим критерием здоровья человека является его способность полноценно выполнять важнейшие социальные, трудовые функции.

В свою очередь болезнь понижает, а иногда и лишает человека возможности осуществлять эти функции. Определяя болезнь как «...стесненную в своей свободе жизнь», К. Маркс тем самым указал на наличие в проблеме болезни не только общебиологического, но и социально-трудового аспекта.

Таким образом, здоровье человека в широком социально-биологическом плане — это гармоническое единство биологических, психологических и трудовых функций, обусловливающее наличие высокой работоспособности человека.

Если необходимой предпосылкой выполнения человеком социально-трудовых функций является наличие хорошего, крепкого здоровья, то в свою очередь здоровье людей в немалой степени зависит от характера и интенсивности труда.

Рациональный труд является важным социальным фактором укрепления здоровья человека, его гармонического развития.

Безусловно, необходимо видеть качественное различие в характере взаимосвязи между трудом и здоровьем в различных общественно-экономических формациях. Тяжелый, подневольный труд в антагонистическом обществе является решающим фактором возникновения и широкого распространения различных социальных болезней.

Труд на себя, на общество, основывающийся на научно-гигиенической основе, т. е. труд в условиях социализма и коммунизма, является важнейшей предпосылкой гармонического развития личности и условием укрепления его физического и психического здоровья.

Заложенные в самой природе труда оздоровительные возможности и тенденции могут быть полностью реализованы лишь в условиях социализма и коммунизма. Превращение

труда в естественную, органическую потребность человека — это не что иное, как полное раскрытие тех возможностей, которые заключены в здоровом и всесторонне развитом человеке. В свою очередь раскрытие и развитие этих способностей и потребностей здорового организма будет реализоваться и овеществляться в высокопроизводительном труде человека коммунистического общества.

Следовательно, правильное понимание взаимосвязи между трудом и здоровьем имеет не только теоретическое, но и практическое значение. Научное решение этой проблемы имеет большое значение для уяснения задачи роста производительности труда. Предупреждение и решительное сокращение болезней, ликвидация массовых инфекционных заболеваний, дальнейшее увеличение продолжительности жизни высвободят новые мощные резервы и возможности для дальнейшего роста производительности труда. В свою очередь рост производительности труда явится одной из важнейших предпосылок для увеличения фонда свободного времени трудящихся и использования его как условия для всестороннего, гармонического развития личности, для укрепления физического и психического здоровья. Ф. Энгельс говорил, что труд был, есть и будет основой жизни общества, необходимым условием человеческого существования. Трудовая деятельность, сочетающая в себе работу мускулов и мозга, есть в то же время лучшее средство гармонического, здорового развития человека.

Рассматривая проблему здоровья и болезни в социальном плане, нельзя не обратить внимания на получившую в последнее время неправильную точку зрения, согласно которой противопоставляются такие понятия, как «охрана здоровья», с одной стороны, и «улучшение здоровья»—с другой. «Охрана здоровья» и «улучшение здоровья» — это две стороны единой проблемы, они неразрывно, диалектически связаны друг с другом. Конечно, нельзя не видеть некоторой специфики в этих понятиях. Но было бы неправильно их специфику сводить к хронологическому моменту и считать на этом основании, что «охрана здоровья» — это прошлое советской медицины, а «улучшение здоровья» — это якобы ее настоящее и будущее. «Охрана здоровья» — это прежде всего широкое наступление на имеющиеся болезни, а «улучшение здоровья» — это предотвращение возможности заболеваний при помощи различных социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий. В этом отношении все экономические, социально-политические и научно-культурные мероприятия, предусматриваемые Программой КПСС, направлены на улучшение и укрепление здоровья советского человека, а также и на борьбу с имеющимися болезнями, т. е. на «охрану здоровья».

Одной из характерных особенностей развития нашего общества в эпоху развернутого строительства коммунизма является возрастание роли и удельного веса так называемых неспецифических, широких социально-оздоровительных, социально-гигиенических мероприятий.

Подчеркивая момент сходства между здоровьем и болезнью и рассматривая их в широком теоретическом плане как специфические формы течения обменных процессов, в то же время нельзя становиться на путь их отождествления и стирания качественных различий. Лишать болезнь ее качественных особенностей — значит лишать медицину своего предмета и объекта исследования.

Механицизм в понимании болезни, выражающийся в отождествлении нормального и патологического, нормы и здоровья, уходит своими корнями в эмпирическое прошлое медицины и исходит из данных узкоаналитических исследований.

На эмпирическом уровне познания медицинских явлений и процессов, когда ученые акцентируют внимание на изучении отдельных элементов и механизмов осуществления целостной реакции организма на внешние воздействия, имеются гносеологические предпосылки, ведущие к отождествлению нормы и патологии. При таком методологическом подходе болезнь рассматривается как результат количественного изменения клеток, тканей и органов.

Конечно, как в здоровом, так и в больном организме происходят определенные физико-химические и биохимические процессы, в своей молекулярной основе во многом сходные. Но эти процессы в здоровом и больном организме, как правило, совершаются на различных количественных уровнях и при различном структурном взаимоотношении. В частности, качественные отличия патологического лейкоцитоза от физиологического обусловлены не только количеством входящих в них форменных элементов, но и различными видами их соотношения и связи (лейкоцитарная формула). «Конечно, часть изменений функций, наблюдающихся при болезни, а именно приспособительные и компенсаторные явления, развиваются по физиологическим закономерностям, но патологические изменения с позиций нормальной физиологии понять нельзя, ибо они не свойственны нормальным условиям жизни»[1].

Нам кажется весьма правильным мнение А. Д. Адо, И. Р. Петрова и В. К. Кулагина о том, что специфические, качественные особенности болезни следует искать не столько на уровне клеток, тканей и органов, не столько на путях анализа

---

[1] И. Р. Петров, В. К. Кулагин. О качественных особенностях болезни. Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 1962, № 4, стр. 4.

элементарных изменений тканей и органов, которые имеют аналогию и в здоровом организме, сколько на путях диалектического синтеза отдельных элементарных проявлений болезни. Если сходство, аналогия и относительное тождество между здоровьем и болезнью обнаруживается в их элементарных (молекулярных, клеточных и субклеточных) проявлениях, то качественное различие между здоровьем и болезнью обнаруживается прежде всего на организменном, синтетическом, целостном уровне.

Важнейшей гносеологической предпосылкой, ведущей к стиранию качественных различий между здоровьем и болезнью, является отождествление аналитического и синтетического уровня изучения организма. Если обнаруживаемое при анализе элементарных проявлений жизни (физиология и патология) сходство распространить на уровень целостного организма, представляющего собой сложную синтетическую систему, то мы неизбежно придем к отождествлению нормы и патологии, здоровья и болезни.

Бесспорно, различные процессы, сопровождающие болезнь и составляющие ее материальный субстрат, по своим биохимическим «рабочим механизмам» во многом аналогичны нормальным, физиологическим процессам. Даже нарушение адекватного взаимоотношения между организмом и средой как следствие и одно из проявлений болезни невозможно без использования обычных физиологических «рабочих механизмов».

Но в то же время патологические процессы в своей совокупности «снимают», преобразуют и подчиняют своим специфическим закономерностям обычные физиологические явления. Если тип, форма и структура связи между различными материальными процессами при болезни носят патологический характер, то механизм их осуществления является физиологическим. Следовательно, патология вырастает на основе физиологии, но физиологическое существует в патологическом в диалектически «снятом» виде. В болезни, говоря словами К. Бернара, нарушаются количественные нормы координаций физиологических отправлений, ведущие к качественным изменениям.

Методологической основой взглядов, согласно которым отрицается качественное различие между здоровьем и болезнью, физиологическим и патологическим в конечном счете является абсолютизация роли и значения так называемых микроскачков, стирание грани между отдельными, частными изменениями качественного состояния и изменениями качества в целом, между микро- и макроскачками.

Говоря о наличии качественных различий между здоровьем и болезнью, нужно в то же время подчеркнуть относитель-

ность этих различий. Нередко необычное сочетание на первый взгляд обычных физиологических и психических проявлений жизнедеятельности человека ведет к нарушению нормы, здоровья. В этой связи проф. О. В. Кербиков говорил, что обычные психические свойства сердиться, гневаться и др., представленные в необычном сочетании, характеризуют собой психопатию как качественно новое состояние.

Таким образом, диалектико-материалистическое понимание сущности нормы, здоровья и болезни позволяет вскрыть не только их генетическую связь, взаимовлияние и относительное сходство, но и направляет исследовательскую мысль на познание качественных, специфических особенностей этих понятий. В то же время диалектико-материалистический подход к пониманию этих категорий является необходимой предпосылкой для успешной борьбы против метафизики и идеализма.

Итак, категории диалектики как опорные гносеологические вехи в сложном процессе познания помогают проникнуть в причину, сущность и содержание изучаемых физиологических и патологических явлений и процессов. По отношению к категориям медицины категории диалектики выступают как общее по отношению к единичному. Всеобщий характер категорий диалектического материализма обусловливает необходимость их применения при изучении и медико-биологических явлений и процессов. Категории диалектики вооружают врача правильными методологическими принципами подхода к изучаемым медицинским явлениям.

ГЛАВА V

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ В СВЕТЕ ПРОБЛЕМЫ МАТЕРИИ И ДВИЖЕНИЯ

§ 1. Соотношение физико-химического и специфически биологического в жизнедеятельности организма

Материалистическое решение основного процесса философии, т. е. признание первичности материи и вторичности, производности сознания является важнейшей методологической и мировоззренческой предпосылкой для подлинно научного подхода к решению той или иной проблемы биологии и медицины.

Идеалистическое же решение основного вопроса философии ведет исследователя при изучении явлений жизни к признанию всевозможных внешних потусторонних сил в виде «энтелехии», «порыва к форме» (в биологии), «злого духа», «онтологического начала» (в патологии) и т. д.

В данном разделе мы остановимся лишь на некоторых методологических вопросах медико-биологической науки под углом зрения проблемы материи и движения. К последним следует прежде всего отнести такие, как вопрос о материальном носителе жизни, о структуре (организации) живой материи, о соотношении физико-химического и специфически биологического, о соотношении биологического и социального, о специфике пространственно-временных отношений и связей в живой природе и т. д.

Для всех наук, изучающих живую природу, наибольшее методологическое значение имеет вопрос о сущности жизни, о специфике биологической формы движения материи.

«Жизнь, — говорил Ф. Энгельс, — **есть способ существования белковых тел,** и этот способ существования состоит по

своему существу в постоянном самообновлении химических составных частей этих тел»[1].

Если материальным субстратом жизни являются белковые тела, то их важнейшей функцией является обмен веществ. Биологический обмен веществ лежит в основе специфики всего живого. Исходя из биологического обмена веществ, можно понять и взаимосвязь различных форм движения, происходящих в живых системах. В процессе биологического обмена веществ осуществляется преобразование и приспособление абиотических элементов среды (при помощи механико-физико-химических «рабочих механизмов») для нужд организма. Жизнедеятельность организма и его тонкое, интимное взаимодействие с окружающей средой были бы невозможны, если механико-физико-химические «рабочие механизмы», функционирующие в организме, не имели ничего общего, аналогичного с теми вещественными и энергетическими взаимопревращениями, которые происходят в абиотической среде, в неорганическом мире.

Без признания данного положения невозможно и материалистическое понимание основного биологического закона — закона единства организма и среды.

Приспособление организма к изменяющимся физико-химическим факторам среды возможно лишь в рамках определенного диапазона, в объеме его адаптационных возможностей. Если физико-химические изменения среды, с которой взаимодействует организм, превысят порог его адаптационных возможностей, то это приведет к гибели живого существа. Таким образом, следует учитывать биологическую норму адаптационных возможностей организма.

Нормальная адаптация к изменившимся условиям сопровождается изменением метаболической активности клеток, изменением ферментативных комплексов клеток и т. п. Карстрем, изучая ферментативную адаптацию клеток, указывал, что часто клетки обладают способностью сбраживать определенный сахар только в том случае, если перед этим они находились в среде, содержащей аналогичный углевод. У подобных клеток, попадающих в новую среду, формировалась ферментативная система, позволяющая им успешно существовать в этой среде.

Чрезвычайные, интенсивные физико-химические воздействия факторов среды, превышающие адаптационные возможности организма, дезорганизуют нормальную авторегуляцию и функционирование физико-химических «рабочих механизмов» организма, что в свою очередь ведет к его заболеванию или смерти.

---

[1] Ф. Энгельс. Анти-Дюринг. Госполитиздат, 1957, стр. 77.

Некоторыми учеными высказывается мнение, что в связи с новыми достижениями в области молекулярной биологии определение жизни, данное в свое время Ф. Энгельсом, устарело или во всяком случае нуждается в существенной коррекции. Соответствует ли такое мнение действительности?

При обосновании подобной точки зрения обычно ссылаются на различное понимание белка в последней четверти XIX века и в настоящее время. Бесспорно, в конце XIX века не могло еще быть достаточно четкого, биохимически глубоко обоснованного представления о белке. Комментируя свое определение жизни как способа существования белковых тел, Ф. Энгельс указывал, что под белковыми телами он понимает не тот белок (белок куриного яйца), который лучше всего был изучен в то время, а белки, составляющие протоплазму.

Таким образом, под белками наука того времени подразумевала не отдельные молекулы белка, а комплексы различных веществ и сложные смеси, называемые протоплазмой. Современная наука не отождествляет белок и протоплазму, а рассматривает их взаимоотношение как отношение между частью и целым.

Если отвлечься от рассмотренной стороны вопроса, связанной с уровнем, глубиной знаний о сущности белка в XIX веке и в настоящее время, то весь ход научного познания является подтверждением правильности энгельсовского определения жизни. В формировании биологических структур живых существ ни одно биохимическое вещество не может выполнять той роли, которую играет белок. Широко известна роль белков как стимуляторов химических реакций и стимуляторов наиболее важных процессов жизнедеятельности. Большую роль белки играют и в функционировании защитных систем организма и т. д.

Было бы неправильно отрицать или принижать роль белков и в явлениях наследственности. Под детерминирующим воздействием окружающей среды изменяются метаболические процессы в самом организме. Новые метаболические процессы вообще и прежде всего связанные с превращением белка не могут не оказывать определенного воздействия на генетические явления в организме. Известно, что принцип обратной связи имеет весьма широкую сферу проявления в жизнедеятельности организма. И если в настоящее время хорошо известно о наличии канала прямой связи (ДНК—РНК—белок), то нецелесообразно отрицать и существование канала обратной связи, т. е. воздействие белка на ДНК и РНК.

Все сказанное говорит о важнейшей роли белка в жизнедеятельности организма. И на современном этапе развития науки жизнь следует рассматривать специфической формой

существования белковых тел, находящихся в постоянном химическом самообновлении.

Основная специфическая особенность жизни как формы движения материи заключается в том, что ее материальным субстратом являются белковые тела, по каналам прямой и обратной связи могущие взаимодействовать с ДНК и РНК. По мнению акад. А. И. Опарина, белковые молекулы и молекулы нуклеиновых кислот, появившись вместе в процессе исторического развития жизни, также совместно синтезируются и в процессе индивидуальной жизнедеятельности организма. «Белки, — говорит Н. М. Сисакян, — составляют основу жизненных явлений. Взаимодействие белков с веществами окружающей среды является неотъемлемым их свойством»[1].

Таким образом, специфика биологической формы движения материи состоит в особом типе интеграции механического, физического и химического движения, приспособленного к потребностям организма и его взаимоотношениям с окружающей средой. «Помимо весьма плотной агрегации вещества главное отличие (от физико-химических систем.— *Г. Ц.*) состоит в том, что биологические системы представляют собой состояние наивысшей вещественной интеграции, упорядоченности»[2].

Если для земных условий материальным субстратом жизни является белок, то на других планетах субстрат жизни может быть лишь в функциональном отношении аналогичен белку, но построенным из других химических структур. Некоторые соединения, более или менее сходные с белком, хотя и имеющие в своем химическом составе вместо углерода кремний, обладают рядом общих с белками свойств. Если учесть их высокую термостабильность и наличие аналогичных с белком свойств, то станет более реальной возможность существования подобных форм жизни на некоторых других планетах, например на Венере и Меркурии, как это и предполагают многие ученые.

Методологический анализ биологической формы движения материи наряду с выяснением ее субстрата, носителя предполагает и уяснение ее организации, структуры. Если Ф. Энгельс в своем определении жизни, как справедливо указывает В. И. Свидерский, «акцентировал внимание на одной стороне процесса жизни — на воспроизводстве элементов живого вещества, то в современных представлениях о жизни оттеняется особая роль другой стороны — структуры и ее воспроизведение как характерный признак процессов жизни»[3].

---

[1] Вопросы философии, 1954, № 3, стр. 91.

[2] M. Minder. Lebensmittelunters u. Hug., 1955, 46, 1, S. 82.

[3] В. И. Свидерский. О диалектике элементов и структуры. Соцэкгиз, 1962, стр. 198.

Вне структурной организации, т. е. специфического типа соподчиненных друг другу органических структур и функций, жизнедеятельность организма невозможна. Каждая биологическая структура организма (органоид, клетка, орган и т. д.) в известном смысле представляет собой целостное образование, имеющее относительно самостоятельные, специфические авторегуляторные механизмы. В свою очередь низший уровень органической целостности с присущими ему специфическими коррелятивными механизмами входит как соподчиненное звено, как некий блок в общую гомеостатическую целостную систему, в общую систему блоков. Низший уровень целостности (органоид, клетка и т. д.) в конечном счете отражает природу и особенности целостности данной живой системы. «Специфика организации живой материи заключается в том, что она состоит из ряда подчиненных друг другу уровней. Каждый уровень организации представляет собой специфическую и в этом смысле неповторимую систему управления, объединяющую деятельность разнородных элементов в единое целое»[1].

Известно, например, что регуляция ферментативных процессов осуществляется как на клеточном, так и на организменном (центральном) уровне. Регуляция ферментативных процессов, различных физиологических функций в конечном счете опосредуется (через химические медиаторы и гормональные влияния) нервной системой. Но при этом сохраняется и клеточный уровень регуляции как филогенетически более древний и относительно самостоятельный. В свою очередь на степень относительной автономности клеточной регуляции влияют конкретные специфические условия протекания того или иного процесса. Данные биохимии свидетельствуют, что если те или иные процессы происходят не в тканях, а в жидких средах организма, то степень их автономности может несколько усилиться.

В настоящее время можно выделить ряд координационно-коррелятивных уровней организации живой материи: клеточный, органно-тканевый, системный, организменный, семейно-стадный, популяционный, видовой и межвидовой. Некоторые авторы (например, Б. П. Ушаков и др.) к перечисленным уровням добавляют еще и молекулярный. Следует подчеркнуть особую условность выделения подобного уровня организации живой материи в качестве самостоятельного, так как он не отвечает тем специфическим критериям, которые должны предъявляться к характеристике живой системы. «Жизнь» отдельной молекулы заключена не в ней самой, а во взаимодей-

---

[1] Б. П. Ушаков. О классификации приспособлений животных и растений и о роли цитоэкологии в разработке проблемы адаптации. В сб.: Проблемы цитоэкологии животных. Изд. АН СССР, 1963, стр. 7.

ствии различных структур и функций организма. Даже отдельное белковое тело, не говоря уже об органических молекулах, не является в полном смысле слова живым вне организма. Вне клетки, организма, т. е. вне живой функционирующей системы, даже белки как материальный субстрат жизни превращаются в обычные химические соединения. Таким образом, вне определенной структурной организации живого материальный носитель жизни — белок теряет свои специфически биологические свойства и качества.

Рассматриваемая методологическая проблема имеет самое непосредственное отношение и к медицине. Известно, что специфика болезни также зависит от уровня, на котором развертываются патологические процессы. Качественные особенности патологических процессов неодинаковы на различных уровнях жизнедеятельности организма—клеточном, тканевом, органном, системном и организменном. При восхождении от низшего уровня жизнедеятельности к высшему, синтетическому, организменному специфичность проявления патологических процессов все более усиливается.

В современной патологии возник важный методологический вопрос: может ли специфика болезни проявляться уже на молекулярной и надмолекулярной основе или она проявляется лишь на более высокоорганизованных уровнях жизнедеятельности организма?

Для утвердительного ответа на поставленный вопрос могут быть использованы такие аргументы. Органическое **существо** и неорганическое **вещество** в конечном счете состоят из атомов и элементарных частиц; специфических атомов, частиц, элементов, присущих лишь живым существам, не обнаружено. Если специфика тех или иных неорганических веществ обусловливается спецификой их атомно-молекулярной структуры, то нельзя ли по аналогии сделать вывод, что специфика всех проявлений жизнедеятельности в норме и патологии также зависит от особенностей молекулярной структуры живого субстрата.

Считать, что специфика болезни обусловлена лишь теми или иными сдвигами в молекулярной основе живого существа, означает делать уступку механицизму. Проявления так называемого молекулярного механицизма имеют место в современной патологии. Рассматривая организм как арифметическую сумму составляющих его частей (атомов, элементарных частиц, молекул) и исходя из признания функционального тождества частей и целого, некоторые ученые (например, Поулинг, Итано) пришли к выводу, что сущность и специфика нормальной и патологической жизнедеятельности организма заключены в его атомно-молекулярной основе. При подобном методологическом подходе специфика и качественное своеоб-

разие целого рассматриваются как нечто суммативное, аддитивное по отношению к специфике частей (органических молекул и т. д.).

Одной из гносеологических предпосылок молекулярного механицизма является абсолютизация, переоценка аналитического метода изучения при разложении целого на части и при мысленном, логическом воссоединении частей в целое. Будучи лишенными самостоятельной жизни, органические молекулы не могут и самостоятельно болеть. Нормальные и патологические изменения в молекулах происходят не автономно, а под воздействием всего организма. Патологические изменения в молекулах в конечном счете детерминированы определенными сдвигами в комплексе обменных процессов организма в целом. «Переплетение сотен химических реакций в единую сложную сетку реакций со строго упорядоченной последовательностью этих реакций в пространстве и во времени, при специфическом распределении биохимических структур и катализаторов — ферментов, приводит к ряду особенностей в закономерностях течения химических реакций по сравнению с неживыми системами»[1].

Наличие в высшей, биологической, форме движения материи низших форм — механической, физической и химической — предоставляет возможность изучать их специфическими для них методами (биофизическими, биохимическими, кибернетическими и т. д.). Но изучение организма в нормальном и патологическом состоянии при помощи различных методик и на различных уровнях не должно заслонять изучения организма под углом зрения его целостности и взаимосвязи с окружающей природной и социальной средой. Та или иная методика научного исследования должна отвечать важнейшему принципу диалектико-материалистической методологии о необходимости учета целостности, интегративных и коррелятивных свойств изучаемой живой системы, взаимосвязи и взаимообусловленности частей в целом, так как одной из особенностей живого является специфическое взаимодействие части и целого, локального и общего. Данная особенность хорошо выражена в принципе: общее локализуется, в локальном проявляется природа общего.

Если применение физических, химических и кибернетических **методов** в изучении нормальных и патологических явлений весьма плодотворно, то использование физических и химических **представлений и принципов** для объяснения исследуемых явлений в биологии и медицине весьма ограничено. Известно, например, что скорость течения крови в сосудах часто объясняется с помощью гидродинамических законов, в

---

[1] А. Г. Пасынский. Биофизическая химия. М., 1963, стр. 9.

соответствии с которыми она ставится в прямую зависимость от силы давления крови и величины, т. е. диаметра сосудов. Но здесь не всегда учитывается, что данные гидродинамические законы были сформулированы при изучении характера течения жидкостей в твердых, главным образом металлических трубах и трубках. Если же учесть специфику живой системы, влияние нервной системы и других факторов на просвет кровеносных сосудов в целостном организме, то станет очевидной ограниченность использования физических и химических закономерностей и принципов для объяснения специфики процессов жизнедеятельности организма.

Так и при изучении явлений жизни на молекулярной основе нельзя шаблонно переносить молекулярные, квантово-механические закономерности, присущие неживой природе, на нормальные и патологические процессы, происходящие в сложных целостных живых системах.

Известно, что даже белки и нуклеиновые кислоты вне целостного организма не обладают всеми признаками живого. Биологическая специфика этих наисложнейших образований проявляется лишь в их взаимодействии с живой системой в целом. Специфика молекулярных процессов в организме (в норме и патологии) прежде всего зависит не от них самих, а от специфики биологической формы движения материи, от специфики целого, а не наоборот.

Если в аналитическом отношении живой организм равен сумме физико-химических элементов (атомов, молекул), входящих в него, то в интегративном, синтетическом отношении он характеризуется новыми специфическими биологическими закономерностями. Молекулярные взаимодействия в живом организме диалектически «сняты» биологической формой движения материи, включены в ее сложные интегративные связи, закономерности и подчинены им.

Настаивать на мысли о существовании «болезней» молекул равносильно возрождению вирховианского локализационизма на новом, так называемом молекулярном уровне знаний.

Известно, что признавая наличие низших форм движения материи в высших, механицисты приходят к выводу об отсутствии специфики, качественного своеобразия в высшем. При таком подходе сущность любого процесса, в том числе болезни, пытаются познать лишь на основе изучения тех или иных составных частей и низших основ жизнедеятельности.

Это не значит, что следует отвергнуть необходимость изучения живой, органической молекулы. В то же время это не означает и отрицания некоторой специфичности проявления патологического на молекулярной основе, так как сама белковая молекула относительно специфична. Как известно,

ее специфичность обусловлена определенной структурой, пространственной конфигурацией составных элементов, последовательностью аминокислот в полипептидной цепи и т. д. Поскольку обменные процессы у целостного организма захватывают и молекулярные основы живого субстрата, постольку для воздействия на ход болезни необходимо знание и тех молекулярных сдвигов, которые здесь возникают. «... Органическая жизнь, — говорил Ф. Энгельс, — невозможна без механического, молекулярного, химического, термического, электрического и т. д. изменения. Но наличие этих побочных форм не исчерпывает существа главной формы в каждом рассматриваемом случае. Мы, несомненно, «сведем» когда-нибудь экспериментальным путем мышление к молекулярным и химическим движениям в мозгу; но разве этим исчерпывается сущность мышления?»[1]. Следовательно, молекулярные физико-химические процессы преобразуются, опосредуются биологическими закономерностями.

Таким образом, патологические сдвиги могут происходить на самых различных уровнях, в том числе на молекулярной основе жизнедеятельности организма. Но качественное своеобразие болезни проявлется не столько на молекулярной основе, клеточном, тканевом и органном уровне, не столько в элементарных изменениях органических молекул, клеток и тканей, сколько на уровне целостного организма. Поэтому более правилен тезис о болезни организма как целого, о большей или меньшей степени локализации ее в организме, чем тезис о наличии «болезней» молекул и клеток. Поэтому правильное понимание взаимосвязи и соотношения структур и функций целостного организма и протекающих в нем различных молекулярных процессов имеет большое теоретико-познавательное и практическое значение.

Успехи молекулярной биологии, генетики, биохимии, гистохимии и т. д. все более меняют прежние представления о соотношении структуры и функции в жизнедеятельности клеток, тканей, органов и систем организма. Прогресс теоретической и практической медицины требует замены прежнего, грубо анатомического критерия подразделения патологических изменений на структурные и функциональные новым критерием, соответствующим диалектико-материалистической методологии.

В то же время вряд ли можно считать правильным, что подразделение патологических изменений на органические и функциональные на современном уровне развития науки изжило себя. В связи с прогрессом естествознания устарел, изжил себя лишь прежний, грубо анатомический критерий этого

---

[1] Ф. Энгельс. Диалектика природы. Госполитиздат, 1955, стр. 197.

подразделения. Настаивать на нецелесообразности такого подразделения — значит стирать ту объективную грань, которая существует между органическим (структурным, морфологическим в широком смысле слова) и функциональным (физиологическим).

И. П. Павлов отрицал наличие резкой грани между так называемыми органическими и функциональными болезнями. В то же время он считал, что лишь несовершенство методов исследования не позволяет до определенной поры увидеть органические изменения при так называемых функциональных болезнях.

Еще в середине XIX века А. И. Полунин, касаясь соотношения структуры и функции при болезни, говорил, что «есть некоторые болезни, в которых до сих пор при средствах, представленных наукой в современном состоянии, мы не можем открыть материальных изменений; но такие случаи чрезвычайно редки, и должно думать, что в них материальные изменения ускользают от нас по причине недостаточности средств для исследования, потому что a. priori мы не можем допустить изменения отправления без изменения органа, совершающего это отправление»[1].

И. В. Давыдовский совершенно справедливо говорит о недопустимости отождествления органических и морфологических изменений при болезни. В самом деле, если исходить из того, что одной из предпосылок возникновения серповидноклеточной анемии является изменение свойств кровяного пигмента, который по своим физико-химическим свойствам отличается от нормального по растворимости, подвижности в электрическом поле и т. д., то вряд ли в изучении данной болезни можно руководствоваться лишь грубо структурным критерием.

Сейчас при некоторых заболеваниях обнаруживаются различные морфологические изменения, которые еще недавно рассматривались как чисто функциональные. Созданы морфологические экспериментальные модели некоторых болезней на животных, которые для человека рассматривались как чисто функциональные. Астеническое состояние длительное время считали чисто функциональным состоянием. При экспериментальном воспроизведении астении у животных были обнаружены некоторые морфологические изменения нервных отростков — увеличение их числа, гипертрофия и т. д. Если органические, структурные изменения не обнаруживаются на органном, тканевом и клеточном уровне, то они могут быть в дальнейшем выявлены на субклеточной и молекулярной основе.

[1] А. И. Полунин. Московский врачебный журнал, 1852, кн. 1—2, стр. 11.

Несмотря на неразрывную связь органических и функциональных, морфологических и физиологических изменений при болезни, видимо, нецелесообразно отказываться от подразделения заболеваний на органические и функциональные, так как они имеют некоторые специфические особенности. Функциональные заболевания, как правило, характеризуются большей степенью обратимости потому, что в них патологические изменения в структуре и функции преимущественно носят количественный характер. А это представляет бóльшую возможность возврата к доболезненному состоянию. Но количественные изменения в структуре и функции, достигнув определенного критического состояния, выйдя за рамки биологической нормы, приобретают качественно иной характер. В этом случае могут наступить стойкие необратимые изменения.

Подразделение патологических изменений на функциональные и органические часто отражает не только наличие разных заболеваний, различных нозологических форм, но и наличие неодинаковых уровней, степеней зрелости одного и того же заболевания. В самом деле, воздействие болезнетворного фактора на организм вначале нередко ведет лишь к функциональным изменениям, которые сопровождаются количественными изменениями органического субстрата. В дальнейшем же функциональные изменения могут привести к стойким качественным изменениям органического, морфологического субстрата.

Функциональные сдвиги и изменения происходят не только на клеточном, тканевом и органном уровне, но и в молекулярных основах, в физико-химических отношениях и связях. Известно, например, что ряд психических заболеваний обусловливается нарушением биохимизма нервной ткани. В молекулярной основе связь структуры и функции выступает в сугубо интимной, специфической форме. «В самых тонких, субмикроскопических молекулярных структурах, лежащих в основе микроструктур, процессы и структуры настолько сближены и настолько взаимосвязаны, что должны рассматриваться в их единстве, взаимообусловленности. Любое изменение структуры влечет за собой более или менее глубокое изменение функции и наоборот»[1].

Диалектический материализм дает общую, абстрагированную и до некоторой степени формализованную теорию взаимоотношения формы и содержания (морфологического и функционального), внешнего и внутреннего, местного и общего, части и целого, единичного, особенного и всеобщего (специфического и неспецифического) и т. д. На основе об-

---

[1] Н. М. Сисакян. Биохимия обмена веществ. М., 1954, стр. 107.

щих методологических принципов должны разрабатываться конкретные методы исследования. В настоящее время в связи с «экспансией» разнообразных физико-химических, биофизических и биокибернетических методов в медицину и биологию, направленных на изучение клеточных, субклеточных и молекулярных основ жизни, возрастает, например, роль такого методологического принципа, согласно которому в живой системе целое не равно, не тождественно сумме составляющих его частей. Известно, что познание элементарных частей клетки и структуры органической молекулы — это не самоцель, а лишь один из методических, тактических приемов для осуществления большой стратегической задачи — познания закономерностей развития организма в целом (в норме и патологии).

Объективная нерабнозначность различных уровней координационно-коррелятивной организации живой материи, сложная система их иерархической соподчиненности обязывает исследователя в низших уровнях организации видеть отражение (чаще всего опосредованное) природы вышестоящих уровней.

Говоря о роли цитологии в разработке проблем адаптации в плане структурной организации живой материи, Б. П. Ушаков в названной выше работе отмечает, что клетки обладают специализированными функциями, осуществляемыми ими в силу их подчиненного положения в организме. Кроме того, они обладают такими функциями, которые направлены на поддержание целостности организма, на поддержание механизмов его саморегуляции. «Личная жизнь» клетки находится в противоречивом единстве с ее «общественными функциями».

Для уяснения соотношения физико-химического и специфически биологического в жизнедеятельности организма большую роль играет правильное методологическое понимание проблемы взаимосвязи и соподчинения различных уровней регуляции организма.

«Выполнение функции более высокого уровня организации живой материи базируется на активном участии всех нижележащих уровней. ... Каждый уровень — это прежде всего особый тип согласования многих функций, осуществляемых подчиненными структурами»[1]. При подобном методологическом подходе на вопрос: «имеется ли в организме что-либо помимо физико-химического», следует одновременно ответить и отрицательно, и положительно. Все процессы жизнедеятельности организма с точки зрения реализующего их «рабочего механизма» являются физико-химическими по своей при-

---

[1] Проблемы цитоэкологии животных. Изд. АН СССР, 1963, стр. 8.

роде. Но в специфической структурной организации живой материи, в сложной иерархической системе координации и корреляции жизненных процессов указанные закономерности перестают быть «чисто» физико-химическими, они диалектически «снимаются» специфически биологическими закономерностями.

Ф. Энгельс рассматривал физику как механику молекул, химию как физику атомов, а биологию как химию белков. Говоря о иерархическом соподчинении высших форм с низшими, следует подчеркнуть, что, будучи включенными в высшие формы движения материи, низшие формы приобретают новое качество. Процессы, происходящие на базе низших форм, в подобных случаях осуществляются на более высоких, приподнятых уровнях.

Известно, что в основе синтеза белка лежит цепь простых химических реакций. Образование же специфического белка возможно лишь в клеточных системах. Если направленный синтез специфических белков, нуклеиновых кислот и т. д. в клеточных организмах происходит за весьма короткое время, то в неорганической природе для их образования понадобились многие миллионы лет.

Качественно новый «механицизм», «физицизм» и «химизм» органических процессов обусловлен интегративными процессами организма, его интимным взаимодействием с окружающей средой. «Особенностью, качественно отличающей жизнь как более высокую форму движения, является то, что в живых телах многочисленные биохимические реакции, составляющие в своей совокупности обмен веществ, не только строго согласованы между собой во времени и пространстве, не только сочетаются в едином порядке непрерывного самообновления, но весь этот порядок закономерно направлен к постоянному самосохранению и самовоспроизведению всей живой системы в целом, исключительно совершенно приспособлен к существованию организма в данных условиях внешней среды»[1].

§ 2. Соотношение биологического и социального в жизнедеятельности организма человека

Функционально-физиологические и структурно-морфологические особенности высшего продукта живой материи — человека не укладываются в обычные биологические рамки.

---

[1] Очерк диалектики живой природы. Под ред. Г. В. Платонова, Н. Н. Жукова-Вережникова и др. Соцэкгиз, 1963, стр. 28.

На данной ступени филогенетической лестницы живая материя попадает под непосредственное влияние высшей, социальной формы движения материи. Поскольку основным объектом изучения медицинской науки является здоровый и больной человек, постольку анализ взаимоотношения биологического и социального имеет для медицины первостепенное методологическое значение. Здоровье и болезнь человека — это результат сложного взаимодействия биологических и социальных процессов и закономерностей.

Научное понимание соотношения социального и биологического в медицине возможно лишь с позиций марксистско-ленинской философии. Соотношение социального и биологического в медицине — это одно из специфических проявлений взаимоотношения социальной и биологической форм движения материи. Медицина как наука, «... исследуя общественную обусловленность биологических процессов, должна связывать в тематическое единство взаимные отношения общественных и биологических факторов...»[1].

Человек произошел от животного, т. е. социальная форма движения материи возникла из биологической и на ее основе. Но низшая форма движения материи (в данном случае биологическая) сохраняется внутри высшей (социальной), правда, теряя свою былую автономность и подчиняясь закономерностям развития высшей формы движения. Образно говоря, биологическая форма движения с возникновением человека впрягается в упряжку высшей, социальной формы движения материи.

Для правильного понимания соотношения социального и биологического, их роли и места в жизнедеятельности человека необходимо указать на некоторые специфические особенности соотношения организма человека и животного с окружающей средой.

Для существования животного в измененных условиях окружающей среды необходима соответствующая биологическая перестройка его организма. Для человека, биологические отправления которого опосредуются через широкую систему социальных факторов, подобная перестройка необязательна. К новым условиям человек приспосабливается прежде всего путем преобразования среды и приспособления ее к своим социальным и биологическим потребностям. Говоря словами А. Н. Северцова, способность изготовления орудий труда предоставляет человеку возможность приспосабливаться к среде посредством «изменения поведения без изменения форм организации».

---

[1] Ф. Виды-Вирски. Об основных проблемах истории медицины. Медгиз. М., 1961, стр. 19.

Диапазон факторов, оказывающих влияние на здоровье и заболеваемость человека, весьма широк. К ним относятся механические, физические, химические, биологические и психогенные факторы. Но последние влияют на здоровье и заболеваемость, на различные демографические процессы и т. д. не прямо и не непосредственно, а косвенно, опосредованно, преломившись через весь комплекс социально-экономических и санитарно-бытовых условий, через общественное бытие людей.

Высшая форма движения материи (социальная) включает в себя низшие (механическую, физическую, химическую, биологическую) формы движения в диалектически «снятом» виде, подвергая их качественному преобразованию, трансформации. В организме человека при взаимодействии тех факторов, которые определяют его здоровье и заболеваемость, низшие формы движения материи лишаются автономности, независимости от социально-экономического бытия людей.

Рассматривая соотношение социального и биологического в медицине в плане субординации форм движения материи, нужно отметить наличие ряда более или менее общих биологических закономерностей, присущих человеку и животному. К таким можно отнести некоторые процессы, происходящие на молекулярной основе, клеточном и тканевом уровне, ряд явлений раннего эмбриогенеза, некоторые свойства наследственности, изменчивости и т. д.

Являясь одним из качественно своеобразных звеньев длинной биологической цепи живых организмов, человек не может избежать влияния объективных законов природы, обусловливающих развитие всех живых существ. К ним относятся определенные температурные условия, уровень влажности, атмосферного давления и т. д. Инстинкт самосохранения, сексуальные инстинкты и т. д. присущи как животному, так и человеку, несмотря на существенное различие форм их проявления. Но нельзя ограничиваться лишь тем, что человек относится «к типу позвоночных, к классу млекопитающих, к подклассу плацентарных, к легиону приматов, к отряду обезьян, к подотряду обезьян старого света, к семейству гоминад».

Известно, что даже резкий выход за пределы обычного атмосферного давления, пребывание в состоянии невесомости при космических полетах, пребывание в сверхвысоких и сверхнизких температурах и т. д. не равнозначны «отмене» биологических закономерностей жизнедеятельности человеческого организма.

Это означает лишь глубокое познание закономерностей окружающего мира и самого человеческого организма и их умелое использование.

Помимо общего, роднящего человека с животным, первому присущи и особенные, специфические закономерности биологического характера. В данном случае речь идет о таких биологических процессах человека, осуществление которых опосредуется через всю совокупность социальных факторов, через способ производства материальных благ (процессы теплорегуляции, питания, размножения и т. д.). В самом деле, биологические процессы теплорегуляции в человеческом организме приспособлены к определенным искусственным (социальным) условиям микроклимата — жилище, одежда и т. д. В свою очередь питание, его количественная и качественная сторона обусловлены уровнем экономического развития, характером социально-экономического строя общества и распределения общественного продукта. Даже процессы, внешне «чисто» биологические, в конечном счете опосредуются социальными факторами. В частности, защитно-припособительные механизмы человека представляют собой диалектически противоречивое единство социального и биологического. Будучи биологическими по своей природе, они в то же время несут на себе печать влияния социального фактора.

Решающим моментом в укреплении неспецифической устойчивости организма являются благоприятные условия жизни — неизнуряющий труд, полноценное питание и т. п. Н. Ф. Гамалея подчеркивал, что самым важным эпидемическим фактором является общая неспецифическая коллективная восприимчивость населения к инфекциям, которая зависит прежде всего от социального строя, т. е. от распределения в населении экономических благ и гражданских прав.

Социально-экономические и широкие профилактические мероприятия укрепляют биологический механизм защитно-приспособительных реакций человека. Наглядной иллюстрацией этого является то, что оспа, завезенная в 1960 г. из Индии в СССР, не получила широкого распространения, а тем более масштаба эпидемии. Согласно второму закону эпидемиологии, эпидемиологический процесс возникает и поддерживается только при сочетанном действии источника инфекции, механизма передачи заразного начала и восприимчивого населения к данной инфекции. У нас было первое и второе звенья, необходимые для возникновения эпидемии и представляющие собой реальную возможность ее возникновения и распространения. Но для ее превращения в реальный эпидемический процесс требовались еще и другие необходимые условия, в частности восприимчивость населения к данной инфекции. Широкое проведение общегосударственных мероприятий санитарно-гигиенического характера, массовые противооспенные прививки и т. д. предотвратили процесс развития единичных заболеваний до масштабов эпидемии.

Согласно указанному закону эпидемиологии, вопрос о том, возникнет ли эпидемия или нет, а если возникнет, то каковы будут ее размеры, характер, течение, на какую территорию она распространится, какие группы населения охватит и пр. — этот вопрос решается всей суммой социальных условий, которые определяют форму общения между людьми. а следовательно, и пути распространения заразного начала.

В то же время нужно подчеркнуть, что и природные факторы в отдельных случаях могут играть весьма важную роль в реализации эпидемического процесса. Это, в частности, относится к инфекциям, переносчиками которых являются животные. «Для прохождения цикла развития малярийного плазмодия в организме комара рода Anopheles требуется определенная температура. Нормальное развитие плазмодиев происходит при 20—25°, а при температуре ниже 16° прекращается. Именно этим объясняется тот факт, что в северных широтах нет условий для распространения малярии»[1].

Но даже подобные факты не дают основания принижать роль социально-экономических условий в возникновении и распространении эпидемий. Изменение характера эпидемий или полное их исчезновение идет вслед за изменением социально-экономических условий жизни общества, в то время как природно-географическая среда остается относительно неизмененной. Несомненно, фактор, существенно не изменявшийся на протяжении многих тысячелетий (географическая среда), не может быть причиной резких изменений в течении эпидемических процессов, что отмечается на протяжении последних столетий и даже десятилетий.

«Эпидемия представляет собой сложное общественно-биологическое явление, которое изменяется на протяжении истории человечества настолько, насколько оно зависит в своих проявлениях от постоянно изменяющегося общественного процесса»[2]. Рассматривая соотношение социального и биологического в медицине, А. А. Богомолец говорил, что во многих жизненных проявлениях человеческого организма социальное как бы оттесняет, но не отменяет момент биологический. В силу этого важнейшей задачей медицины является изучение жизнедеятельности человека в конкретных условиях природной и социальной среды во всем их многообразии.

В заключение коротко остановимся на характеристике пространственно-временных форм и отношений в живой природе.

---

[1] И. И. Елкин. Очерки теории эпидемиологии. Медгиз. М., 1960, стр. 81.

[2] Ф. Виды-Вирски. Об основных проблемах истории медицины. Медгиз. М., 1961, стр. 38.

§ 3. Специфика пространственно-временных форм и отношений в живой природе

Исходя из неразрывной связи пространства и времени с движущейся материей, современная наука выдвинула положение о биологическом пространстве и времени. Еще акад. В. И. Вернадский высказал мысль, что живые существа, вероятно, имеют не эвклидовские, а иные пространственные характеристики.

Известно, что объем, размер и геометрические формы, присущие живым организмам, нередко специфически отличаются от пространственных особенностей неживых тел. В свою очередь клетка всех многоклеточных и частично одноклеточных существ имеет общие пространственные характеристики (структура клетки, пространственные взаимосвязи ее частей и т. д.).

Изучение особенностей биологического пространства имеет большое значение и для медицины. Уже сейчас в онкологии высказывается предположение, что взаимодействие злокачественных и нормальных клеток во многом зависит от конфигурации, пространственных особенностей контактирующих поверхностей этих клеток. Известно, что злокачественные клетки характеризуются, помимо всего прочего (изменение активности ферментов и т. д.), так называемым атипизмом структуры.

А. В. Шубников[1] дал подробное описание особенностей проявления симметрии и диссимметрии в живых организмах. Многие особенности живых существ он ставит в зависимость от пространственно-временных условий существования и образа их жизни. «С появлением жизни на Земле впервые возникло качественно новое пространство — пространство живого вещества. Биологическое пространство характеризуется качественно новыми пространственными формами и строениями: видами симметрии, невозможными для затвердевшего, окристаллизованного вещества, проявлениями правизны и левизны в живом веществе на молекулярном и морфологическом уровне, по-видимому, несовместимом с эвклидовым строением пространства организмов, наличием в симметрии организмов кривых линий и поверхностей, резким обособлением пространства организмов от окружающей среды»[2].

Все биологические процессы происходят в определенном пространстве и в определенное время. Биологическое прост-

---

[1] А. В. Шубников. Симметрия. М., 1940.

[2] Ю. А. Урманцев, Ю. П. Трусов. О специфике пространственных форм и отношений в живой природе. Вопросы философии, 1958, № 6.

ранство и время находятся во взаимосвязи. Организация живого тела, справедливо указывает А. С. Мамзин[1], может быть понята как единство пространственно-временных связей. Согласованность во времени обменных реакций в значительной мере обусловливает и тип обмена веществ. Согласованность реакций обмена веществ во времени определяет также пространственную, структурную характеристику живого.

Качественное отличие живого от неживого, по мнению А. С. Мамзина, заключается не в особенностях отдельных реакций обмена веществ, а в особой организации этих реакций во времени и пространстве.

Исходя из диалектико-материалистических представлений о неразрывной связи материи (в том числе и живой), движения, пространства и времени, ученые ведут плодотворные работы по изучению механизма пространственной ориентации животных и человека. Еще И. М. Сеченов рассматривал поведение животных и человека как результат постоянного анализа и синтеза пространственно-временных факторов окружающей среды. Решающую роль в анализе пространственно-временных факторов И. М. Сеченов отводил «темному мышечному чувству». «Чувственные основы тех понятий, которые мы выражаем: верх, низ, правая, левая, прямо, вперед... и прочие суть показания мышечного чувства»[2].

Рассматривая связь чувствования и движения предпосылкой отражения пространственно-временных отношений, И. М. Сеченов говорил, что одним из таких орудий ориентировки является мышечное чувство.

С давних пор в науке ведется спор о том, существует ли в мозгу высокоразвитых животных и человека специальный «анализатор пространства». В противоположность Н. А. Попову, предложившему подобное понятие, большинство ученых придерживается сеченовского взгляда на этот вопрос.

При решении данного вопроса применительно к человеку нельзя ограничиваться лишь одними биологическими принципами и экологическими мерками. Без учета генетической связи между человеком с его животными предками, с одной стороны, и без выявления их качественного различия — с другой, невозможно понять, почему одним функциям высшей нервной деятельности (например, речевым) соответствуют специальные области в коре больших полушарий, а другим (например, пространственным) — нет. Как справедливо отмечает П. К. Анохин, для формирования речи требовался опре-

---

[1] А. С. Мамзин. О форме и содержании в живой природе. Автореферат дисс. Л., 1954.

[2] И. М. Сеченов. Физиология нервных центров.

деленный этап социального развития человека, для восприятия же пространства этого не требовалось. Задолго до появления человека живые существа были уже «вписаны в пространство и время». «Уже первые формы живого вещества и примитивные живые существа были «вписаны» в основные законы пространственно-временных отношений и эти последние стали абсолютными факторами приспособления живой материи к внешнему миру»[1].

Наряду с анализом проблемы пространства применительно к живой материи (в специальном и методологическом плане) за последние годы в отечественной и зарубежной биологии и философии появляется все больше работ, посвященных характеристике так называемого биологического времени. Накоплено большое количество фактов, которые свидетельствуют о том, что растения, животные и человек в результате эволюционного развития выработали способность весьма тонко и точно измерять и координировать важнейшие биологические процессы с астрономическим временем.

«Биологические часы», являясь самоподдерживающейся системой, отражают ход астрономического времени. Благодаря им периоды активной жизнедеятельности организма совпадают с наиболее благоприятными периодами суток и времени года. Биологические часы, по мнению ряда ученых, сформировались под влиянием геофизических ритмов, таких, как суточные, месячные, приливо-отливные ритмы и т. д. «Руководствуясь „солнечными часами“, организмы могут приурочить каждый свой физиологический процесс и жизненность в целом к оптимальным для них условиям среды»[2].

Диалектико-материалистическое решение проблемы пространства и времени применительно к живой природе имеет большое значение и в борьбе против идеализма и метафизики. Игнорирование фактора времени в развитии живых существ явилось одной из предпосылок возникновения антиэволюционных автогенетических концепций о развитии организмов и «теории катаклизмов» (Кювье).

Дарвинизм же, напротив, рассматривает время как важный фактор эволюционного развития. Учет наследственности, конституции организма, анамнеза больного также исходит из признания важной роли фактора времени в развитии патологических процессов.

Таким образом, проблема материи и движения имеет большое методологическое значение для развития теоретической

---

[1] П. К. Анохин. Методологический анализ узловых проблем условного рефлекса. М., 1962, стр. 13.

[2] И. И. Гунар. Предисловие к русскому изданию книги Э. Бюннинга «Ритмы физиологических процессов». Изд. иностранной литературы. М., 1961, стр. 5.

биологии и медицины. Исходя из первичности и объективности материи, врач при познании болезни прежде всего вскрывает те морфологические и функциональные (т. е. материальные) сдвиги и изменения, которые лежат в ее основе. История медицины показывает, что все прогрессивные для своего времени направления в медицине исходили из признания (чаще всего стихийного, неосознанного) первичности и объективности материи. В частности, гуморальное направление материальным субстратом болезни рассматривало количественные и качественные изменения жидкого начала организма. В противоположность гуморализму солидарное направление материальным субстратом болезни считало изменения твердых, плотных частей организма. Целлюлярная патология Р. Вирхова также исходила из признания материальной обусловленности болезни, а ее субстратом считала клетку.

Прав был Л. Фейербах, который считал медицину колыбелью материализма. Всякого непредубежденного исследователя в области медицины сам объект ее, организм в состоянии здоровья или болезни, «вынуждает» обратиться к тем функциональным и морфологическим материальным изменениям, которые лежат в основе болезни.

Современная медико-биологическая наука, проникающая в самые фундаментальные, нижележащие этажи жизни (субклеточный, молекулярный), еще более подчеркивает мысль о материальном характере всех нормальных и патологических проявлений жизнедеятельности.

Молекулярная биология и патология раскрывают самые «интимные» и исходные материальные основы жизни в ее различных состояниях. Если познание жизни на клеточном уровне показало материальное единство различных форм живой природы, то познание жизни на молекулярном уровне говорит о материальном единстве и генетической взаимосвязи и взаимообусловленности живой и неживой природы.

Грани между живым и неживым, говорит Нигон [1] в статье «Опыт диалектического истолкования происхождения жизни», весьма подвижны и пролегают в зависимости от конкретных условий на разных уровнях организации материи. В силу этого нельзя понять специфику живого без учета его истории, в процессе которой сложилась определенная субординация форм движения материи.

Молекулярная биология со всей очевидностью показывает, что клетка не является исходной ступенью развития жизни, что она является весьма высокоразвитым этапом в эволюции живой материи.

---

[1] Nigon. Essai sur la dialectique des origines de la vie. Cahiers études biol., 1957, № 3.

Медико-биологические науки вносят важный вклад в обоснование положения о материальном единстве мира, о взаимосвязи живого и неживого, органического и неорганического и т. д. В данном случае нужно указать на нецелесообразность отождествления живого и органического, так как первое понятие по своему логическому объему уже второго. Известно, что органическое частично присуще и неживой природе — аминокислоты, соли кальция, фосфор и т. д. находятся в неживой природе.

Вопреки виталистическим и неовиталистическим утверждениям о наличии в живой материи особых «одухотворенных», «жизненных» элементов современное естествознание дает экспериментальные доказательства общности и единства тех элементов, которые идут на построение протоплазмы и т. д. Железо, уран, золото — это не только дар земли, неорганической природы, но и составной строительный материал живого организма. Уже сейчас в составе протоплазмы найдено более 50 элементов, входящих в периодическую таблицу элементов Менделеева.

Таким образом, живые организмы состоят из тех же химических элементов, что и неживые тела. Это является отражением материального единства мира. Но обычные химические элементы в организме находятся в «необычных» взаимосвязях, что и обусловливает специфику живого. Если в организме процесс обмена характеризуется определенной последовательностью и сложной согласованностью созидательных (ассимиляция) и разрушительных (диссимиляция) процессов, то физико-химические реакции в неживой природе происходят относительно хаотично, беспорядочно.

О материальном единстве мира красноречиво говорит и факт проявления закона сохранения материи и движения как в неживой, так и в живой природе.

Уже в XIX веке физиология располагала достоверными знаниями о количестве тепла, образующегося при сжигании питательных веществ за пределами организма. Сопоставление калорической ценности питательных веществ показало наличие тождества в количестве тепловой энергии, образующейся при переработке организмом питательных веществ и при сжигании их физическим путем, вне организма.

Живая материя, как и энергетические процессы, происходящие в ней, не может создаться из ничего или бесследно исчезнуть. Закон сохранения материи и движения проявляется не только в соматических, но и в психических процессах. Всякое чувство, переживание и мысль имеют свое энергетическое выражение, которое со временем ученые смогут подвергать весьма точному измерению.

ГЛАВА VI

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ В СВЕТЕ ПРОБЛЕМЫ МАТЕРИИ И СОЗНАНИЯ

§ 1. Проблема сознания в философии и медицине

Изучая человека, закономерности его физиологического и патологического развития, медицина не может обойтись без анализа и оперирования такими понятиями, как материальное и духовное, объективное и субъективное, нервнофизиологическое и психическое и т. д.

Диалектико-материалистическое решение основного вопроса философии позволяет выработать научный подход к пониманию такой важной проблемы медико-биологической науки, как проблема соотношения раздражителя и реагирующего субстрата. Данная проблема в свою очередь неразрывно связана с проблемой защитно-приспособительных реакций организма и т. д. Правильное понимание этих проблем зависит от используемой в научной и практической деятельности методологии, от мировоззрения исследователя.

Материалистическое решение основного вопроса философии является неким методологическим компасом, позволяющим правильно ориентироваться при решении сложных проблем медицинской науки.

В данной главе мы остановимся лишь на некоторых методологических вопросах медицины под углом зрения общефилософской проблемы материи и сознания.

Как известно, предметное содержание материи заключено в ней самой. Предметное содержание сознания находится не в нем самом, а за его пределами, во внешнем мире, им отображаемым. Подобная характеристика материи и сознания указывает на вторичность, производность последнего. Не случайно К. Маркс рассматривал сознание осознанным бытием.

Сознание — это свойство высокоорганизованной материи, мозга и продукт общественного развития человека.

Изучение проблемы сознания, как правило, ведется в двух планах. Во-первых, в плане отношения сознания к мозгу, к его физиологическим механизмам (онтологическая сторона проблемы). Во-вторых, в плане отношения сознания к окружающему миру (гносеологическая сторона проблемы).

Рассматривая первую сторону этой проблемы, следует подчеркнуть, что сознание не существует наряду с мозгом, оторвано от него. Психическая и физиологическая деятельность — это единый и неразрывный процесс. Психическое и сознание являются лишь внутренним состоянием этого процесса. Физиологические и психические явления совершаются в одной и той же материальной системе. В силу этого в онтологическом отношении их следует рассматривать различными сторонами единого сложного процесса.

Еще К. Маркс указывал на недопустимость отделения мышления от материи, которая мыслит. В свою очередь В. И. Ленин говорил, что противоположность материи и сознания является абсолютной лишь в рамках основного гносеологического вопроса.

Рассматривая вторую сторону данной проблемы, мы должны подчеркнуть идеальный, отражательный характер сознания. Это значит, что сознание[1] является лишь субъективным отражением окружающего материального мира. Здесь противостоят друг другу отражение и отображаемое. «...Идеальное есть не что иное, как материальное, пересаженное в человеческую голову и преобразованное в ней»[2].

Не видеть качественного различия между сознанием (отражением) и материей (отображаемым) равносильно стиранию грани между мыслью о предмете и самим предметом. Если сознание — это субъективная, идеальная копия, то окружающий мир — это объективный, материальный оригинал.

Таким образом, сознание в онтологическом отношении является продуктом, функцией и свойством мозга. А в гносеологическом отношении оно есть образ, копия и идеальное воспроизведение окружающего материального мира.

С. Л. Рубинштейн[3] правильно считает, что противоположность субъективного и объективного есть гносеологическая абсолютная противоположность. Но было бы неправильно на основе противопоставления субъективного и объективного

---

[1] Сознание в широком смысле слова включает в себя все отражательные психические акты, начиная от ощущения и кончая эмоциями, волей и мышлением.

[2] К. Маркс. Капитал. Т. I. Госполитиздат, 1963, стр. 21.

[3] С. Л. Рубинштейн. Бытие и сознание. О месте психического во всеобщей взаимосвязи явлений материального мира. М., 1957.

делать вывод о наличии абсолютной противоположности между физиологическим и психическим. При подобном подходе отвергается возможность применения объективных методов исследования в психологии, так как последняя будет растворена в физиологии.

В нашей науке все более утверждается правильный взгляд на соотношение физиологического и психического. «Психическое является проявлением физиологического, его свойством идеально отражать объективную действительность. Верхние этажи здания (психическое) не могут существовать без фундамента (физиологического). Но без верхних этажей — психического — высшая нервная деятельность так же немыслима, она остается просто нервной деятельностью» [1].

Подобное понимание соотношения физиологического и психического исходит из известного положения И. П. Павлова о том, что условный рефлекс представляет собой одновременно физиологическое и психическое. В силу этого разделение явлений на «чисто» физиологические и «чисто» психические возможно лишь в абстракции. Психическое и физиологическое — это не два абсолютно различных процесса, а по существу два аспекта единого процесса.

Если «рабочими механизмами» сознания являются определенные физиологические и физико-химические процессы (молекулярно-физические, электромагнитные и т. д.), то содержание сознания в целом обусловлено воздействиями внешнего мира и прежде всего социальных факторов. В этом отношении глубоко прав прогрессивный американский психиатр Дж. Б. Фурст, говоря, что сознание также нельзя сводить к физиологическим процессам, как нельзя сводить симфонию к физике, акустике звука.

Сознание человека является продуктом его общественного развития, как и бытие человека является его общественным бытием. Сознание, говорил К. Маркс, с самого начала есть общественный продукт и остается им, пока существуют люди.

Сознание в широком смысле слова включает в себя совокупность всех познавательных и эмоционально-волевых психических процессов (ощущение, восприятие, представление, мышление, эмоции, воля, воображение). Познавательные психические процессы являются основными в сложной «структуре» сознания. «Способ каким существует сознание и каким нечто существует для него это — знание» [1].

---

[1] Е. В. Шорохова. Проблема сознания в философии и естествознании. Соцэкгиз, 1961, стр. 157.

[2] К. Маркс и Ф. Энгельс. Из ранних произведений. Госполитиздат, 1956, стр. 633.

Осознание самого познавательного процесса, осознание своего места и положения в окружающем мире называется самосознанием.

Сознание каждого отдельного человека, в котором органически сочетаются и переплетаются общие особенности, присущие сознанию данной эпохи со специфическими особенностями, обусловленными классовой, социальной принадлежностью личности, с индивидуальными чертами, определяемыми семейным, школьным воспитанием и ближайшим окружением, называется индивидуальным сознанием. В свою очередь индивидуальное сознание является отражением политических, правовых, научных, философских, этических и других воззрений, представляющих собой общественное сознание.

В медицине, в частности в психиатрии, под сознанием нередко понимают то физиологическое состояние, которое необходимо для нормального проявления сознания (ясность восприятий и т. д.). Такой подход неправилен, так как здесь сознание (психическое) низводится до уровня нейрофизиологического и растворяется в нем.

Было бы неправильно сводить сущность сознания и мысли к тем или иным материальным (физиологическим, электромагнитным и др.) процессам, как это делают вульгарные материалисты. В последние годы на подобной основе возникла так называемая парапсихология [1], возрождающая основные положения телепатии [2].

В парапсихологии сама мысль по существу отождествляется с теми физическими и физиологическими процессами, которые сопровождают деятельность мозга. В действительности же содержание психики обусловливается не физиологическими процессами, а взаимодействием коры больших полушарий с окружающей действительностью.

Более того, если бы даже «секрет» мысли был «закодирован» в различного рода физических процессах, сопровождающих работу мозга, то и в этом случае вряд ли была бы возможна передача «голой» мысли на расстояние. Основатель кибернетики Норберт Винер говорил об отсутствии способности передавать мысль на расстоянии без помощи органов чувств и физической среды. Он говорил, что только для передачи альфа-волны потребовались бы антенны высотой в 15 000 км.

---

[1] Греческий префикс «пара» — около, особняком. Парапсихология якобы изучает сверхнормальные явления, не воспринимаемые органами чувств и т. д.

[2] Гр. tële — далеко, pathos — чувство. Утверждается о наличии «сверхнормальных» способностей человека и животных воспринимать явления без посредства органов чувств. На этой основе говорится о возможности передачи мысли и внушения на расстоянии.

Описываемые же парапсихологами и телепатами случаи внушения на больших расстояниях и передачи мысли находят объяснение на основе «обычных» физиологических закономерностей.

В литературе[1], в частности, приводится такой пример: уезжая из дома, девушка прощается с матерью. При этом она не обратила внимания на нездоровый землисто-бледный цвет лица своей матери. Через некоторое время девушке снится, что мать умирает, а вскоре она получает извещение о ее действительной смерти. В описанном примере нет ничего необычного, парапсихологического. Ведь мозг не является отражательным экраном, одинаково запечатлевающим все детали «видимой картины». В сфере сознания находится лишь часть полученных впечатлений, значительная же часть их находится за порогом сознания. Но и подобные впечатления оставляют слабый след в коре головного мозга. В состоянии сна этот слабый след под влиянием того или иного раздражителя способен возбудиться, вплетаясь в целостный комплекс впечатлений, полученных на «уровне сознания». Таким путем у данной девушки возник образ умирающей матери. Более того, могло произойти и случайное совпадение времени смерти матери и возникшего сновидения ее дочери. В подобном случае парапсихологи истолковали бы данный факт как доказательство передачи мысли, внушения на расстоянии без посредства органов чувств и т. д.

Как справедливо говорил проф. Л. Г. Воронин, «большинство фактов „телепатии" легко объяснимо: это лишь случаи совпадения, которые мы запоминаем и в которые начинаем верить. А верующие всегда ведут одностороннюю статистику».

Утверждение о возможности передачи мысли на расстоянии нередко строится на аналогии с передачей теле- и радиоинформации, заключающей в себе то или иное содержание мысли и имеющей вещественный носитель этой информации— излучения, волны и т. п. Но при таком подходе мысль как идеальное «овеществляется», «материализуется», т. е. стирается та объективная грань, которая существует между материальным и идеальным в рамках гносеологического аспекта основного вопроса философии. Мысль рассматривается как нечто вещественно-энергетическое. «Рабочие механизмы» мысли, т. е. физические процессы, необходимые для возникновения мысли, отождествляются с самой мыслью. При аналогичном понимании природы мысли и сознания по существу устраняется и основной вопрос философии. «Если даже принять, что мысленное внушение не есть передача мысли, как пишет проф. Л. Л. Васильев, то внушение на расстоянии изо-

---

[1] И. Е. Вольперт. Сновидения в свете науки. Медгиз. М., 1960.

бражения каких-либо зрительных фигур (кресты, квадраты, круги и т. п.) или, на чем особенно настаивает Л. Л. Васильев как на особенно научном, внушение на расстоянии сна не представляет доказательств существования телепатических феноменов. Результаты подобных экспериментов нельзя проверить с точки зрения их достоверности, статистической вероятности, точности и других критериев оценки всякого действительно научного эксперимента...» [1].

Рассматривая соотношение сознательного и подсознательного, следует подчеркнуть, что в основе последнего лежит та часть физиологической и психической деятельности, которая осуществляется без понимания ее истинного значения. Физиологические основы понимания подсознательного разработаны в трудах И. М. Сеченова и И. П. Павлова. И. М. Сеченов говорил, что мысль, как и психический акт, «не может явиться в сознании без внешнего чувственного раздражения» [2]. Но мыслительный процесс не является простым, зеркальным отражением действительности, ее связей и закономерностей. Существуют и так называемые задержанные рефлексы. Под последними понимают рефлексы, выработанные на следы прошлых воздействий, всевозможные ассоциации с прошлым опытом человека и т. д.

Подобные воздействия долгое время могут храниться в «кладовой мозга», находясь ниже порога сознания. Но при определенных условиях они могут из бессознательной сферы проникнуть в сознание. Известен, например, случай, когда женщина, у которой развилась патология мозга, «вдруг», «внезапно» вспомнила греческий язык, которым она хорошо владела в детстве. Следовательно, забытое, находящееся до определенного времени за порогом сознания, также относится к разряду бессознательного. Бессознательность содержит все те психические события, которые не обладают достаточной интенсивностью функционирования для того, чтобы пересечь границу, разделяемую сознательность от бессознательности [3].

Конечно, этим не исчерпывается весь «механизм» бессознательного. Бессознательное несравненно шире неосознанного, т. е. не соотнесенных с окружающей действительностью представлений, понятий человека. «Анализ современных данных по физиологии центральной нервной системы позволяет в противоположность сложившемуся представлению об «этаже» реакции или об изолированном пункте — «светлом пят-

---

[1] Д. А. Бирюков. Научна ли телепатия? Вестник Академии медицинских наук СССР, 1964, № 1, стр. 45.

[2] И. М. Сеченов. Избранные философские и психологические произведения. Госполитиздат, 1947, стр. 155.

[3] C. A. Jung. The psychogenesis of mental disease. V. 3. London, 1960, p. 203.

не», высказать положение о том, что возникновение сознания (т. е. протекание реакции по типу осознанной или неосознанной) зависит не от «этажа» реакций и не от «пятна» в коре, а от количества вовлекаемых в реакцию элементов коры больших полушарий мозга»[1]. Это означает, что подсознательные реакции не вовлекают в активное состояние большое количество нервных клеток коры, а раздражители (внешние и внутренние), их вызывающие, не обладают значительной интенсивностью. Иллюстрацией последнего являются эксперименты Г. В. Гершуни[2] по выработке условных рефлексов на слабые, подпороговые раздражители, не отражающиеся в сознании. Исследования акад. В. Н. Черниговского по интерорецепции позволяют заключить, что возникновение условных рефлексов, регулирующих деятельность внутренних органов, осуществляется примерно таким же образом.

В 40-х годах текущего столетия некоторые физиологи на западе с большим шумом оповестили мир о ниспровержении учения И. П. Павлова. Они говорили, что И. П. Павлов ошибался, считая кору больших полушарий «ответственной» за сознание. Нам же, говорили они, удалось доказать, что в жизнедеятельности организма решающую роль играет не кора больших полушарий мозга, а одна из областей подкорки, так называемая ретикулярная формация[3].

Действительно, рядом ученых было обнаружено влияние ретикулярной формации ствола мозга не только на спинной мозг, но и на кору больших полушарий. Воздействия на эту подкорковую область нередко вызывают у человека вполне осознанные, осмысленные образы, в то время как при раздражении центров коры часто появляются только отдельные, разрозненные ощущения, не имеющие сами по себе никакого значения и смысла. Канадский нейрохирург Пенфилд и физиолог Джаспер высказали предположение, что возбуждение нейронов коры головного мозга обусловлено возбуждением клеток и нервных волокон, находящихся в мозговом стволе. Подкорка стала героем дня. Коре больших полушарий некоторые зарубежные ученые стали отводить второстепенную роль. Зато фрейдовское непостижимое бессознательное как бы нашло свое научное, экспериментальное обоснование и получило права гражданства, поскольку подкорковые области

---

[1] Г. И. Косицкий. Сознательное и подсознательное. В сб.: Философские вопросы медицины. Медгиз. М., 1962, стр. 179.

[2] Г. В. Гершуни. Изучение субсенсорных реакций при деятельности органов чувств. Физиологический журнал СССР, 1947, т. 33, № 4.

[3] Термин «ретикулярная формация» введен морфологами для обозначения тех отделов продолговатого мозга, варолиева моста и среднего мозга, которые образованы клетками различных размеров и форм, окруженными сложными сетями волокон.

ствола мозга были объявлены физиологической основой бессознательного.

Соотношение функций ретикулярной формации и коры больших полушарий можно пояснить следующей, несколько упрощенной аналогией. Предположим, что нам необходимо понять принцип получения изображения на экране телевизора. Мы пытаемся непосредственно воздействовать на электронно-лучевую трубку (кинескоп) телевизора. Но экран при таком воздействии по-прежнему не светится. Затем мы приводим в действие рукоятки управления приемником и вдруг появляется четкое изображение на экране. Но можно ли на этом основании сделать такой вывод: кинескоп — второстепенная деталь телевизора, а рычаги управления — главное? Конечно, нет. Так и воздействие на клетки коры головного мозга часто не вызывает ничего, кроме отдельных, разрозненных ощущений. Но почему же раздражение ретикулярной формации ствола мозга вызывает целостные фрагменты осмысленных впечатлений? Конечно, не потому, что они там «хранятся». Наш нервный аппарат уравновешивания организма со средой, как и телевизор, имеет свои более просто организованные «пусковые механизмы». Эволюционно эти механизмы развились и сформировались раньше, что и понятно: у менее развитых организмов непосредственная взаимосвязь со средой осуществлялась более простыми по своей организации нервными элементами. Чем сложнее становились условия приспособления к среде, тем более усложнялись функции физиологического аппарата, что в свою очередь вызывало изменения — увеличение объема мозга, дифференциацию его отделов и т. д. А участки мозга, связанные с отражением непосредственных внешних воздействий, приобретали функцию распределения и передачи импульсов энергии внешнего раздражения в кору. Ретикулярная формация и стала играть роль такого распределителя и пускового механизма. Воздействие на нее и приводит в движение процессы в коре головного мозга. Кора мозга всей своей системой, а не отдельными физиологическими центрами обеспечивает воспроизведение сознательных актов.

Раздражение же отдельных центров коры, с точки зрения павловской физиологии, и не должно было бы приводить к подобному результату. Кора головного мозга — это не мозаика клеток, каждая из которых содержит в себе какое-то знание или какой-то осмысленный образ. Кора головного мозга с его сложной деятельностью обеспечивает закономерную координацию всех физиологических процессов. Нарушение деятельности физиологических механизмов мозга делает личность асоциальной, вырывает ее из круга нормальной жизни общества, при этом личность теряет способность осознавать, понимать и мыслить.

Осуществляя координацию физиологических процессов, кора больших полушарий обеспечивает тем самым выполнение организмом человека его общественных функций, а следовательно, и сознания. Обоснование роли ретикулярной формации в этом процессе лишний раз подчеркивает внешнюю и прежде всего социальную детерминированность сознания.

Каковы же предпосылки возникновения сознания, каков путь его развития? В гипотезе акад. А. И. Опарина выделены три важнейших этапа возникновения и развития жизни: 1) возникновение органических веществ (углеводородов и их производных); 2) возникновение белков; 3) возникновение живого вещества, т. е. белковых тел.

Длительная эволюция живых существ, взаимодействующих с окружающей средой, обусловила возникновение элементарных форм биологического отражения. Отражение — это всеобщее свойство материи (как живой, так и неживой) отвечать на внешние воздействия в соответствии с особенностями этого воздействия и внутренним состоянием тела.

Исходя из методологических принципов ленинской теории отражения, П. К. Анохин[1] выдвинул весьма плодотворное для развития физиологии положение об опережающем отражении живыми существами действительности. Согласно этому положению, только неоднократно повторяющиеся воздействия среды на организм оказывают существенное влияние на эволюцию высших приспособительных форм. На основе «механизма опережения» уже первые живые существа могли быстро строить свои реакции по начальному звену последовательного причинно-следственного ряда повторяющихся воздействий, который приобрел сигнальный характер по отношению ко всем остальным звеньям этого взаимосвязанного и взаимообусловленного ряда. Нельзя не согласиться с П. К. Анохиным, считающим, что опережающее отражение внешнего мира — всеобщий закон развития живого, лежащий в основе всех приспособительных процессов организма, и что на основе этого принципа сформировался и орган психики — мозг животного и человека. Исходной формой биологического отражения является раздражимость, которая генетически и хронологически предшествовала чувствительности. Раздражимость — это ответная недифференцированная реакция организма на внешние и внутренние воздействия. Раздражимость является одной из общих биологических форм отражения живой материи. Элементарной формой раздражимости являются таксисы, т. е. движение к источнику раздражения (запаху, свету и т. д.). В процессе эволюции на основе раздражимости возникает возбудимость. С усложнением живых организмов и образова-

---

[1] См. Вопросы философии, 1962, № 7.

нием нервной системы все более совершенствуются и биологические формы отражения, что приводит к возникновению безусловных и условных рефлексов.

Чувствительность, или способность к ощущениям, позволяет организму более тонко приспособиться к окружающей среде. Чувствительность, по мнению А. Н. Леонтьева[1], является элементарной формой психики.

В результате взаимодействия живых существ с окружающей средой совершенствуется и нервная система. Клетки с повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, все более дифференцируясь и специализируясь в своей отражательной деятельности, явились основой развивающейся нервной системы. Клетки, воспринимающие внешние воздействия, стали выполнять рецепторно-аналитические функции. Клетки, осуществляющие двигательные реакции в ответ на воздействие раздражителя, стали выполнять эффекторные функции. И, наконец, клетки-посредники стали выполнять функции передачи нервного импульса от рецепторных (воспринимающих) к эффекторным (двигательным) клеткам. Рассматривая эволюцию нервной системы на различных ступенях филогенетической лестницы, Ф. Энгельс писал: «Vertebrata (позвоночные). Их существенный признак: группировка всего тела вокруг нервной системы. Этим дана возможность для развития до самосознания и т. д. У всех прочих животных нервная система нечто побочное, здесь она основа всей организации; нервная система, развившись до известной степени... завладевает всем телом и организует его сообразно своим потребностям»[2]. Современная биология дает массу подтверждений этому. Исследования физиологических механизмов изменения окраски у рыб (Э. Ш. Айрапетьянц и др.) говорят о том, что изменение интенсивности окраски трески и камбалы происходит под непосредственным контролем высших отделов центральной нервной системы. Данными исследованиями установлено, что та или иная интенсивность окраски рыб является результатом физиологического анализа цветовой и тоновой обстановки фона. В свою очередь изменение окраски может осуществляться условнорефлекторным путем на раздражения незрительной модальности.

В процессе эволюции возникает сигнальная форма отражения живым существом действительности. При помощи первой сигнальной системы устанавливаются связи между теми или иными конкретными раздражителями окружающей среды и внутренней деятельностью организма. Раздражители, становясь сигналами происходящих в окружающей среде процес-

---

[1] А. Н. Леонтьев. Проблемы развития психики. М., 1959.
[2] Ф. Энгельс. Диалектика природы. Госполитиздат, 1955, стр. 250.

сов, позволяют живым существам приспосабливаться к меняющимся условиям окружающей среды.

При сигнальной форме отражения явления, факторы, не имеющие непосредственного биологического значения для организма (не являющиеся пищей или не раздражающие его), в то же время «информируют» о том, что имеет для организма жизненно важное значение. Звуки, запахи, вид хищника являются для травоядного животного сигналом опасности.

Первая сигнальная система является физиологической основой отражения действительности в виде ощущений, восприятий и представлений и элементарного «животного мышления», непосредственно связанного с конкретными предметами.

Но в развивающемся животном мире, по словам И. П. Павлова, на фазе человека произошла значительная прибавка к механизмам нервной деятельности — появилась речевая функция, появилось слово, которое составило специально человеческую, вторую сигнальную систему.

В процессе трудовой деятельности появилась потребность знать не только конкретные свойства предметов, но и связи и отношения между ними, появилась потребность в обобщении.

В процессе труда конкретное образное мышление, основанное на элементарном обобщении познаваемых свойств и качеств предметов, становилось все более абстрактным и обобщенным. Это обобщение стало возможным лишь на основе использования языка, слова, речи, т. е. на основе нового типа нервных связей, на базе второй сигнальной системы.

Слово стало выполнять роль сигнала действительности. Оно предоставило возможность углубленного познания действительности на основе отвлечения и замены словом массы конкретных ощущений. «Всякое слово (речь) уже обобщает»[1].

Будучи раздражителем, слово воздействует на слуховой, зрительный и кинестетический рецепторы. Своим воздействием слово способно оживить следы прошлых нервных связей в коре больших полушарий, вызывая образы различных явлений действительности. В слове, являющемся материальным раздражителем, наряду с индивидуальным опытом человека представлен познавательный опыт многих предшествующих поколений людей. Языковая система сигнализации лежит в основе опосредованного отражения действительности. Таким образом, вторая (языковая) система сигнализации является физиологической основой абстрактно-логического мышления.

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 38, стр. 269.

§ 2. Соматическое и психическое в норме и патологии

Возникнув на основе первой сигнальной системы, вторая сигнальная система находится с ней в диалектическом взаимодействии, что и обеспечивает адекватное отражение окружающего мира в сознании человека. В слове обобщается не только множество конкретных раздражителей, но и опыт других людей, предшествующих поколений. Единство чувственного и рационального моментов познания обусловлено взаимодействием первой и второй сигнальной системы.

Будучи продуктом социально-трудового развития, вторая сигнальная система наложила соответствующий отпечаток и на первую сигнальную систему. Поэтому мы вправе говорить о социальной обусловленности ощущений, восприятий и представлений человека.

У больных с поражением мозга, как указывает Курт Гольдштейн[1], поведение дезинтегрируется до такой степени, что способность к абстрактному мышлению резко снижается. В подобном состоянии больной в большей или меньшей степени опускается до уровня конкретности и может выполнять лишь такие задания, которые требуют конкретного поведения. Процесс дезинтеграции в направлении конкретного поведения не исключает возможности возникновения идей и мыслей; он изменяет лишь способ пользования и оперирования ими. По мнению Гольдштейна, при шизофрении, например, нарушается понятийное мышление. Разграничение между внешним и внутренним миром человека как бы исчезает. Это и является одной из причин галлюцинаций. Подобная «конкретность» мышления находит отражение и в речи больных шизофренией. В их речи отсутствуют родовые слова, обозначающие категории или классы явлений. Здоровая психика способна различать существенные и несущественные стороны той или иной ситуации: первые находятся на переднем плане восприятия, мышления, действия как «фигуры»; несущественное является лишь «фоном». Резкое снижение или исчезновение абстрактно-логических способностей препятствует нормальному отделению между существенным и несущественным в данной ситуации, между «фигурой» и «фоном».

Вторая сигнальная система (речь, слово) играет огромную роль в жизнедеятельности человека. При некоторых условиях слово может стать целебным фактором или причиной болезни (иатрогенные болезни). Различные воздействия через вторую сигнальную систему могут привести к возникновению тяжелых

---

[1] K. Goldstein. The significante of psychological research in schizophrenia. J. Nerv. a. Ment. Dis., 1943, 97, p. 261—279.

невротических реактивных состояний. Среда человека — это не только комплекс материальных факторов, но и совокупность различных взаимоотношений людей. Если воздействие первой группы факторов может непосредственно обусловливать соматическую патологию, то вторая группа факторов, воздействуя на психику, может привести к подобным же результатам.

О больших возможностях воздействия на жизнедеятельность человеческого организма через посредство второй сигнальной системы говорят многочисленные экспериментальные и клинические данные. В частности, внушение чувства голода как и реальное голодание может привести к лейкопении, т. е. к уменьшению содержания в крови лейкоцитов. Напротив, внушение сытости (так называемое мнимое кормление) нередко приводит к увеличению числа лейкоцитов в крови. Широко известны примеры мнимых раковых заболеваний, ожогов, беременности и т. д., которые в некоторых чертах и на некоторое время как бы воспроизводят реальные аналогичные процессы.

Даже на любую соматическую болезнь наслаивается сложный комплекс психических явлений, запутывая ее клиническую картину. О важной роли психического фактора в возникновении и течении болезни медицина знает очень давно. История медицины, например, свидетельствует о том, что во время эпидемий чаще заболевают лица, больше всего боящиеся заболеть. В. М. Виноградов и П. К. Дьяченко указывают, что боль всегда протекает мучительнее на фоне предуготовленности к ней (чувство страха, ожидание боли и т. п.) [1]. В принципе только сочетание эмоциональных (нематериальных) и неэмоциональных (материальных) факторов обусловливает то или иное заболевание. Взаимосвязь между ними осуществляется на основе взаимодействия структуры и функции.

С другой стороны, воздействие на психику больного может оказать и большое целебное влияние. В этой связи можно указать на известный рецепт Шарко, состоящий лишь из обычной воды, но написанный на латинском языке. Не случайно разумное психотерапевтическое воздействие на больного сравнивается со знаменитой «точкой Архимеда».

Сейчас все более раскрывается «механизм» влияния психического на физиологическое. В частности, Нейдерфер говорит, что страх обусловливает более быструю свертываемость крови. Подавленная психика влияет на характер и скорость процессов кровотворения и т. д. «Легкие, желудок или печень могут заболевать только от воздействия той среды, с которой

---

[1] Основы клинической анестезиологии (Общая анестезиология). Медгиз. М., 1961, стр. 5.

они вступают в непосредственное соприкосновение. Психизм же человека нередко травмируется через посредство источников, находящихся физически очень далеко от человека и тем не менее осуществляющих непосредственное вредительство»[1]. Широко распространено мнение, что если нейро-гуморальный механизм больного длительное время был настороже, находясь в ожидании очередного приступа болезни, то больной может быть травмирован своими же механизмами защиты.

С психофизиологической стороны в болезни нужно видеть различные типы соматических взаимоотношений. Среди них можно выделить коррелятивные и координационные (интегративные) связи. Корреляция означает такое соотношение структур и функций в организме, которое позволяет организму наиболее адекватно приспособиться к окружающей среде. Одним из результатов коррелятивных связей является обусловленность свойств частей организма свойствами целого. В силу этого любое патологическое явление локального характера не только отражает природу целостного организма, но и испытывает влияние от всей совокупности соматических и психических процессов.

Координационные, интегративные отношения в нормальном и патологическом состоянии организма не являются результатом одностороннего влияния высшей нервной деятельности на другие органы, системы. Такое понимание было следствием вульгаризации павловского учения. Подменяя подлинно павловское учение о роли и значении высшей нервной деятельности в координации жизнедеятельности организма одним из вульгаризованных его вариантов о якобы имеющем место своеобразном культе коры больших полушарий, некоторые ученые обвиняют это учение в односторонности, упрощенности, в стремлении свести все разнообразие нервных влияний лишь к воздействиям кортикальной природы. Психосоматик Ж. Делей обвиняет И. П. Павлова в антипсихологическом подходе к организму, в стремлении низвести сознание лишь до роли некоего эпифеномена, которое может быть только свидетелем, но не причиной и т. д.

Обвинения в адрес нервистской концепции, которая якобы отрицает или недооценивает роль психических факторов, основаны на отождествлении строго определенной методики ведения научных экспериментов с методологическим подходом И. П. Павлова к проблеме взаимоотношения высшей нервной деятельности и психологии. Если в методологическом отношении И. П. Павлов ратовал за строго объективный, физиологический метод ведения экспериментов, то при истолко-

---

[1] С. А. Томилин. Социально-медицинская профилактика. Госмедгиз УССР, 1931, стр. 154.

вании полученных на этой основе фактов он придерживался совершенно правильного принципа взаимосвязи и взаимовлияния физиологического и психического.

Нападки на концепцию нервизма в значительной мере обусловлены неумением или нежеланием видеть качественное различие между допавловским и павловским нервизмом, или их отождествлением. Допавловский нервизм был по существу «обезглавленным» нервизмом, не учитывающим координирующей роли коры головного мозга в жизнедеятельности организма. В силу этого он не выходил за рамки изучения безусловнорефлекторной деятельности. Относительная самостоятельность вегетативной нервной системы возводилась им в нечто абсолютно автономное и т. д.

Концепция нервизма Сеченова — Павлова в настоящее время остается одним из важнейших принципов материалистической физиологии и медицины. «Основные аргументы в пользу позиции, занимаемой в этом вопросе сторонниками идеи нервизма, и на сегодня вытекают из никем не опровергнутого рассмотрения нервных структур как физиологических механизмов, которые в большей степени, чем какие-либо другие, опосредуют связь организма со средой. Именно вследствие этой функции опосредования нервные механизмы первыми (как это было многократно показано работами школы А. Д. Сперанского) принимают на себя воздействия среды и реализуют инициальные приспособительные реакции, вслед за которыми в адаптационный процесс включаются также разнообразные комплексы вегетативно-эндокринных, обменных и других сдвигов» [1].

При изучении соотношения соматического и психического в появлении и развитии болезней возникает важный методологический вопрос, является ли адекватность психических реакций на различные патологические процессы соматического характера строго специфической или она носит общий, неспецифический характер; оказывают ли различные психоэмоциональные факторы специфическое воздействие на развитие различных соматических заболеваний.

Видимо, определенная доля специфичности имеется как в реакциях психики на соматические процессы, так и во влиянии психоэмоциональных факторов на развитие соматических заболеваний, так как общее и специфическое не существуют изолированно друг от друга. Не случайно в медицине считается общепризнанным факт развития, например желтухи, под влиянием различных психогенных эффектов. «Однако при всей вариабильности психических нарушений во время соматиче-

[1] С. А. Саркисов, Ф. В. Бассин, В. М. Банщиков. Павловское учение и некоторые теоретические проблемы современной неврологии и психиатрии. Медгиз, М., 1963, стр. 65.

ских страданий нельзя подметить такую их выраженную специфичность, которая могла бы иметь в убедительной форме распознавательное значение при соматостраданиях только лишь на основании психической симптоматики. На разнообразные патологические процессы, происходящие в соматической сфере, психика дает адекватную, но не строго специфическую реакцию»[1].

Исходя из идеалистической теории идентитета соматического и психического и признания первичности психического в жизнедеятельности организма, абсолютизируя момент специфического в воздействии психического на соматическое, психосоматик Шрайбер рассматривает все проявления соматической деятельности в нормальном и патологическом состоянии как предопределенные и целенаправленные психической деятельностью. Психосоматики, как правило, отождествляют первичные (специфические) этиологические факторы материального характера с вторичными (главным образом неспецифическими, вспомогательными, нередко провоцирующими психоэмоциональными факторами), выдвигая их на первое место. Конечно, даже при различных инфекционных заболеваниях психоэмоциональные расстройства могут прямо или косвенно подрывать защитно-физиологические силы организма, способствовать возникновению и развитию болезни, но и в этих случаях они не перестают быть лишь вспомогательными условиями. В свою очередь это не отрицает необходимости познания основных, производящих, специфических причин (механических, физических, химических, биологических).

Большое значение для развития современной биологической и медицинской науки имеет ленинская теория отражения и логически вытекающее из нее определение характера и природы ощущений.

Рассматривая ощущение как свойство высокоорганизованной материи, В. И. Ленин тем самым поставил вопрос о переходе от материи неощущающей к материи, которая обладает способностью раздражения, ощущения и мышления. Конечно, подобная постановка вопроса не дает еще конкретного решения естественнонаучных биохимических основ указанной проблемы. Но она позволила современной биологии найти правильный путь решения этой сложной проблемы. Применение методов радиоактивных изотопов позволяет выявить те структуры белковых молекул, которые лежат в основе раздражимости. Современная биология приближается к тому рубежу, когда станет возможным выделить, локализовать те структуры белковых молекул, которые обусловливают явления раздражимости.

[1] Л. А. Оганесян. О взаимоотношениях между психическими и соматическими сферами в клинике внутренних болезней. Ереван, 1961, стр. 30.

Современная наука изучает физико-химические, биофизические и биохимические основы деятельности различных анализаторов. Рассматривая анализаторы как системы связи, реализующие передачу информации от явлений внешнего мира в центральную нервную систему, современная наука изучает конкретный механизм преобразования физико-химических и биофизических процессов в нервные возбуждения.

Рассматривая ощущения как превращение энергии внешнего раздражения в факт сознания, В. И. Ленин нацелил естествоиспытателей на познание материальных основ ощущения. Руководствуясь ленинскими методологическими указаниями, современная биология стремится познать молекулярную, биохимическую основу превращения энергии внешнего раздражения в факт сознания.

Уже сейчас при звуковом, световом и даже словесном воздействии в соответствующих зонах головного мозга регистрируются определенные физико-химические и биохимические процессы, происходит своеобразное угнетение активности мозга и т. д.

Все это является естественнонаучным обоснованием гениального ленинского положения об ощущении как о превращении энергии внешнего раздражения в факт сознания. Конечно, в раскрытии биохимического и физико-химического механизма этого превращения сделано еще немного. Но верное методологическое направление в этом вопросе, указанное В. И. Лениным, обеспечит большие успехи в будущем.

Определение ощущения как субъективного образа объективного мира имеет принципиально важное значение для уяснения ряда методологических проблем медицины. Только под углом зрения этого определения можно понять такие медицинские проблемы, как боль, аггравация, анамнез и т. д.

Болевое ощущение содержит в себе определенную информацию о состоянии организма. Будучи переработанной в сознании человека, эта информация может лечь в основу разумной оценки о степени болезненного состояния или явиться источником страха, отчаяния и безнадежности.

В одной из работ, посвященных проблеме боли, Р. Лериш говорил, что большинство болезней, притом наиболее тяжелых, появляется у нас без предупреждения. Почти всегда болезнь — это драма в двух актах, из которых первый — скрытый, протекает в мрачном безмолвии наших тканей; светильники погашены, мерцают лишь свечи. Когда же появляется боль — это почти всегда второй акт. Слишком поздно. Развязка надвигается. Таким образом, будучи относительно целесообразным процессом, информирующим организм о неблагополучии в тех или иных его органах и системах, выступая в роли «предохранительного свистка», в ряде случаев болевое

ощущение или «недооценивает» или «преувеличивает» надвигающуюся или уже наступившую опасность.

Во избежание ошибок при определении болевого ощущения весьма важно знание закона проекции болевых ощущений, согласно которому любое болевое ощущение всегда связывается с начальным рецепторным полем сенсорного пути. Знание этого закона предоставляет возможность избегать диагностических ошибок и неправильных показаний больного. На основе этого закона врач сквозь невольно возникающие субъективные показания больного выявляет объективный источник боли.

При явлениях аггравации (преувеличение больным отдельных симптомов заболевания) также необходимо за субъективными показаниями видеть их объективно-патологическую основу.

Таким образом, ленинское определение ощущения как субъективного образа объективного мира применимо не только к нормальным, но и к болезненным ощущениям. Любой патологический процесс, происходящий в организме, по отношению к болезненному ощущению как психическому явлению является объективным. Поэтому жалобы больного, получаемые врачом при проведении анамнеза, являются субъективным отражением в сознании больного объективных патологических процессов, происходящих в его организме. В силу этого деление методов обследования больного на субъективные и объективные является весьма условным и ограниченным. В этой связи необходимо помнить ленинское положение, высказанное им в «Материализме и эмпириокритицизме», что противопоставление материи и сознания, объективного и субъективного весьма относительно, что оно правомерно лишь при решении основного вопроса философии [1]. Поэтому данные анамнеза нужно рассматривать как проявление объективно-субъективного, как диалектическое единство этих противоположностей. Назначение врача в данном случае заключается в том, чтобы за субъективными, а иногда и ошибочными показаниями вскрыть объективную патологическую основу заболевания. Сложное взаимодействие субъективных и объективных моментов имеет место не только в организме больного и его показаниях, но и в диагностическом (познавательном) процессе врача. Ощущения и восприятия врача, позволяющие ему выявить симптомы заболевания, являются субъективными образами определенных патологических явлений и процессов, наблюдаемых у больных.

Несмотря на физиологическую ограниченность органов чувств и определенную иллюзорность восприятий, нельзя де-

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 14, стр. 74.

лать агностических выводов о наличии познавательных границ в изучении той или иной клинической картины заболеваний и невозможности правильной постановки диагноза. «Недостатки» в деятельности органов чувств врача все более дополняются различными инструментальными, биохимическими и кибернетическими методами исследования больного.

Не только позитивные положения и выводы, но и критические замечания В. И. Ленина по проблеме материи и сознания не утратили своего значения в настоящее время. Например, В. И. Ленин вскрывает субъективистский характер учения об органах чувств Иогана Мюллера (1840). Во времена Мюллера физиология знала, что благодаря специальному устройству органы чувств воспринимают лишь определенный вид раздражителей. Например, для глаза адекватным (специфическим) раздражителем являются световые волны, для уха — звуковые волны и т. д. Но было известно, что неадекватные сильные раздражители (электрический ток и т. д.) при воздействии на глаз порождают световое и цветовое ощущение. Тому, что подобные ощущения являются элементарными, примитивными, бесформенными, не придавалось никакого значения.

Эти функциональные качества органов чувств, т. е. способность в той или иной степени специфическим образом реагировать на адекватные и неадекватные раздражители, явились предпосылкой для формулирования Мюллером так называемого закона специфической энергии органов чувств.

С точки зрения этого закона, качества ощущений не зависят от качеств внешних материальных раздражителей, а якобы обусловливаются специфической энергией, находящейся в органах чувств. При этом так называемая специфическая энергия рассматривалась Мюллером как изначально существующее «жизненное качество», не подвергающееся изменению и воздействию со стороны внешнего мира в процессе эволюционного развития организма. Внешние раздражители рассматривались Мюллером лишь как «пусковой» механизм или внешний толчок.

Ощущения, по Мюллеру, не являются преобразованием, трансформацией энергии внешнего раздражения в факт сознания. Ощущение, по Мюллеру, является лишь передачей в сознание качеств и состояний нервной системы. Он говорил, что нервы не являются проводниками свойств и качеств раздражителей к сенсориуму. О внешнем же мире человек якобы судит лишь по свойствам нервов, по своему внутреннему психическому состоянию.

Подобная «теория» Мюллера была естественнонаучной предтечей взглядов Маха и Авенариуса. В домахистский период Мюллер высказывает, если можно так выразиться, махи-

стские мысли. Как и Мах, Мюллер считает, что познание внешнего мира через органы чувств никогда не вскроет природы и сущности окружающего мира, так как мозг воспринимает «собственное свечение», «собственное звучание» и т. д.

Одной из гносеологических ошибок Мюллера было то, что, открыв способность органов чувств специфически реагировать даже на неадекватные раздражители, он переоценил ее, гиперболизировал, так как гносеологической основой идеализма является «одностороннее, преувеличенное развитие (раздувание, распухание) одной из черточек, сторон, граней познания в абсолют, оторванный от материи, от природы, обожествленный» [1].

Физиологический идеализм Мюллера вырос на антиэволюционной основе. Согласно же эволюционному учению, специфические реакции нервной системы и нервного аппарата анализаторов развились в процессе фило- и онтогенеза под определяющим влиянием качественного разнообразия материальных раздражителей.

Подтверждая правоту ленинской критики идеализма Мюллера, современная биология показала, что специфичность реагирования присуща не только органам чувств, но и всем тканям и органам. И в том и в другом случае специфичность реагирования не является извечным, врожденным свойством. Она является результатом длительного эволюционно-исторического развития, результатом адекватного отражения организмом окружающей среды.

В этом плане заметим, что и нервная система человека в конечном счете является результатом его трудового развития. Эволюция нервной системы человека развивалась параллельно и под решающим влиянием трудовой эволюции. К сожалению, этой проблеме в физиологии уделяется мало внимания.

Выступление Мюллера против материалистических позиций в учении об органах чувств не представляло собой изолированного явления. Вслед за Мюллером некоторые патологи стали фиксировать внимание на наличии несоответствия между качеством воздействия этиологических факторов и реакцией организма на эти воздействия. Исходя из идейных основ учения Мюллера, ряд патологов стал создавать теории, согласно которым полиэтиологические факторы окружающей среды якобы всегда порождают монопатогенетический болезненный процесс. В соответствии с Мюллером внешнему материальному болезнетворному фактору стали отводить лишь роль «провоцирующего» момента. А возникновение болезни и ее развитие стали рассматривать как сугубо автономный, эндогенный процесс. Подобный взгляд является одной из

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 38, стр. 360—361.

гносеологических предпосылок конституционализма, проповедующего автономность и автоматизм возникновения и развития заболевания, фило- и онтогенетическую предрасположенность к ним.

Исходя из ленинских методологических указаний, можно сказать, что как специфические, так и неспецифические реакции нервной системы являются результатом отражения внешнего мира, результатом тесного диалектического взаимодействия организма с окружающей средой.

Разумеется, было бы неправильно не видеть общих, неспецифических форм некоторых реакций. Но общие, стандартные, неспецифические реакции организма не отрицают специфических реакций организма, его нервной системы.

Известно, что специфичность нервного процесса является продуктом длительного эволюционного развития. Но в то же время было бы неправильно утверждать, что организм имеет столько типов возбудительного процесса, сколько качественно разнообразных раздражителей существует в окружающей среде. В свое время Н. Е. Введенский подчеркивал, что нервная ткань в ответ на патогенное раздражение может иногда давать однотипный, стандартный ответ.

Как и в учении Мюллера, в современных идеалистических теориях зарубежной медицины проповедуется мысль о независимости реакций от болезнетворных раздражителей. Утверждается автономность болезнетворных процессов, которые якобы обусловливаются лишь эндогенными факторами, а окружающей среде отводится роль «провоцирующего фактора», «внешнего толчка». Если и признаются специфические реакции организма, то считается, что их специфичность обусловлена не особенностями раздражителя, а свойствами самого организма, в частности его реактивностью, и т. д.

С позиций ленинской теории отражения следует рассматривать и вопрос о соотношении между раздражителем и реагирующим субстратом. Идеализм (в специфической для биологии форме автогенеза) отвергает детерминирующую роль внешних воздействий (раздражителей) на формирование ответных реакций организма. Материалистическая же биология и медицина строятся на признании определяющего влияния окружающей среды в возникновении и развитии ответных реакций организма и наличия адекватности между раздражителями и реакциями живого субстрата. В этом смысле и болезнь живого существа является результатом развития, адекватным отражением той или иной среды. Как в основе нормальных, так и патологических явлений в конечном счете лежат те или иные закономерности обмена веществ и обусловленные ими приспособительные по своему характеру реакции организма.

Исходя из ленинской теории отражения и материалистического принципа единства организма и среды, раздражителя и субстрата, становится вполне понятной и объяснимой проблема возникновения и закрепления в процессе развития жизненно важных физиологических констант организма. Рассматривая общие принципы формирования защитных приспособлений организма, П. К. Анохин говорит, что постоянная температура тела человека, например, создавалась как наиболее оптимальная температура для многочисленных обменных реакций. Эти реакции замедляются даже при незначительном снижении температуры среды, и, наоборот, повышение температуры сейчас же ведет к ускорению химических реакций. «В процессе эволюции была определена такая наиболее благоприятная зона температурных колебаний, которая допускает приспособление к внешним условиям и вместе с тем не блокирует фундаментальных обменных процессов высших животных и человека. К таким же устойчивым жизненным факторам относятся осмотическое давление крови, концентрация сахара крови, уровень артериального давления и т. д.» [1].

Таким образом, научное понимание проблемы физиологического и психического, раздражителя и реагирующего субстрата, организма и среды, как и других важнейших проблем медико-биологической науки, находится в прямой зависимости и от того или иного решения основного вопроса философии, его онтологической и гносеологической стороны.

---

[1] П. К. Анохин. Общие принципы формирования защитных приспособлений организма. Вестник Академии медицинских наук СССР, 1962, № 4, стр. 17.

ГЛАВА VII

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ В СВЕТЕ ТЕОРИИ ПОЗНАНИЯ ДИАЛЕКТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛИЗМА

§ 1. Методы и приемы познания, применяемые в медицине. Диагностика — специфическая форма познания

Плодотворное развитие комплекса медико-биологических наук невозможно без сознательного использования исследователями основных принципов диалектического материализма. С другой стороны, прогресс медико-биологических наук способствует развитию и обогащению марксистско-ленинской философии.

Исключительно важное значение для уяснения основных проблем медицинской науки имеет теория познания марксизма-ленинизма. Ее методологическое значение определяется тем, что она раскрывает и обосновывает основные принципы и наиболее общие закономерности познания безотносительно к тому, в какой области происходит познавательная деятельность. Но было бы неправильно считать, что познавательная деятельность врача во всех своих деталях и нюансах укладывается в «прокрустово ложе» общепознавательного процесса. С другой стороны, нельзя и гипертрофировать специфические особенности познавательной врачебной деятельности; в противном случае легко свести эту специфику до уровня идеалистически истолковываемой врачебной интуиции и т. п.

Специфичность и своеобразие процесса познания врача определяется прежде всего тем, что объектом его познания является наиболее сложное существо — человек, его нормальная и патологическая жизнедеятельность. Больной человек предстает перед врачом не только в роли объекта, но и субъ-

екта познания. А если учесть, что в нормальной и патологической жизнедеятельности человека проявляются и субординируются все известные нам законы движения материи, то станет более ясной сложность и своеобразие познавательной деятельности врача.

Исходя из основных положений марксистско-ленинской теории познания, диагностику следует рассматривать как специфическую форму познания, в которой в то же время проявляются ее общие закономерности.

Диагностический процесс не имеет ни хронологических, ни пространственных демаркационных граней, отделяющих чувственное и логическое познание. Не случайно С. П. Боткин говорил, что уже в самом начале диагностического процесса, т. е. на стадии живого созерцания, необходимо не только собирание фактов, но и их критический анализ, определенная предварительная рациональная переработка, отделение основного, существенного от второстепенного и случайного.

Тем не менее собирание анамнеза, лабораторное и инструментальное обследование более всего тяготеют к чувственной ступени познания. Но уже при проведении анамнеза врач руководствуется теми или иными теоретическими положениями и клиническими принципами. Его живое созерцание постоянно озаряется светом прошлого опыта, клинической эрудиции, господствующими клиническими воззрениями и т. д. Уже при собирании анамнеза и изучении симптомов и синдромов болезни врач в той или иной степени вынужден заниматься предварительным анализом, классификацией и группированием чувственного материала.

Специфичность диагностики как формы познания усиливает значимость чувственного созерцания. Это объясняется крайней индивидуализацией каждого больного и каждой болезни. Чувственное познание при выявлении индивидуальной природы болезни играет весьма большую роль.

В свою очередь так называемый рациональный этап диагностического процесса, выражающийся, в частности, в подведении того или иного конкретного заболевания под определенную нозологическую форму, неизбежно «обременяется» и дополняется постоянно накапливающимися конкретными «чувственными» сведениями и данными о состоянии больного. Как на стадии непосредственного (чувственного) познания больного, так и при рациональных поисках возможного, вероятного диагноза болезни врач проверяет, корректирует свои представления и понятия результатами лабораторных исследований и непосредственного наблюдения за развитием болезни. На основе этого можно заключить, что практика (в широком смысле слова) органически пронизывает весь диагностический процесс с начала и до конца, а не сводится лишь к

окончательной проверке предварительного и вероятного диагноза и т. п.

Под углом зрения основных принципов марксистско-ленинской теории познания следует рассматривать и прогностику заболеваний. На основе диалектико-материалистического учения о законе, как о совокупности объективных, существенных, повторяющихся в определенных условиях и устойчивых связях и отношениях между явлениями и процессами, как и внутри них самих, стало возможным разработать научные принципы прогностики заболеваний как одной из специфических форм научного предвидения в медицине. Законы патологии, как и всякие другие законы науки, отражают развитие явлений и процессов не только в прошлом и настоящем. Они отражают и тенденцию их развития в будущем. Диагноз будущего, т. е. прогностика, строится на учете этой тенденции. «Научный прогноз заболевания отличается от простого эмпирического предсказания дальнейшего хода патологического процесса тем, что он основывается не на поверхностном знании патологического процесса (формы заболевания), а на знании законов развития патологических процессов, т. е. на знании патогенеза заболеваний»[1]. Не отвлеченный, формальнологический диагноз, вскрывающий лишь нозологическую принадлежность болезни, а персонализированный патогенетический диагноз позволяет сделать более правильный прогноз заболевания, опираясь на общепознавательную закономерность восхождения от абстрактно-логического к конкретному мыслительному его воспроизведению. Диагноз настоящего заболевания и прогноз его развития в будущем — это диалектическое единство констатирующей (о прошлом и настоящем) и прогностической (о будущем) истины.

В диагностической деятельности врачу постоянно приходится иметь дело с объективными и субъективными данными и показаниями. От того или иного понимания соотношения объективного и субъективного, их роли и удельного веса в развитии и течении патологических процессов зависит точность и адекватность диагноза. Если объективное состояние больного влияет на его субъективные показания, то в свою очередь субъективное состояние не оказывается нейтральным по отношению к развивающемуся патологическому процессу.

В данном случае вопрос о субъективном моменте в болезни, в частности в болевом ощущении, нас интересует лишь в познавательном, отражательном плане. В этой связи нужно указать на неправомерность низведения боли до уровня эле-

---

[1] З. П. Кузнецова. Некоторые философские вопросы биологии и медицины. Изд. Томского государственного университета, 1962, стр. 137.

ментарной, примитивной эмоции, примитивного переживания страдания. О неправильности такого понимания боли обоснованно говорит Б. Г. Ананьев[1]. При отождествлении боли с примитивным переживанием страдания первая лишается специфически сигнальной, отражательной функции и содержания. Боль — это не только грубое, примитивное эмоциональное страдание, но и ощущение. Будучи субъективным, психическим явлением, болевое ощущение в определенной мере и специфической форме отражает и качество патогенного воздействия, раздражителя. Определенная изоморфность раздражителя присуща и болезненному ощущению. В этом смысле болевое ощущение выполняет информационно-сигнальную функцию. В силу этого расшифровка содержания болевого ощущения позволяет дополнить формулируемый врачом диагноз новыми, дополнительными чертами и особенностями. Экспериментальные и клинические данные, полученные в лаборатории имени Бехтерева, свидетельствуют о том, что большинство болевых ощущений способно в специфической для них форме отражать не только интенсивность, но и качественные особенности патогенных и непатогенных раздражителей и воздействий.

В этой связи еще раз подчеркнем относительность подразделения субъективного и объективного. Подобная релятивность особенно наглядно проявляется при классификации методов обследования больного. Почему подразделение методов исследования врачом больного на объективные и субъективные следует считать условным, относительным?

Во-первых, потому, что уже при так называемом субъективном исследовании больного, т. е. при ознакомлении с жалобами больного о его состоянии, его болезненными ощущениями и т. д., врач в той или иной мере познает объективное состояние больного, патологические основы болезни. И в данном случае объективное и субъективное во многом сливаются и перекрещиваются.

Во-вторых, так называемое объективное исследование больного не исчерпывается лишь лабораторно-инструментальными методами. К объективным методам изучения больного относят и обычные «классические» физические методы (пальпация, перкуссия, аускультация). А при использовании последних возможность субъективной (а нередко и субъективистской) оценки и интерпретации тех или иных объективных показаний весьма велика.

Примером тому могут служить трудности диагностики пороков сердца, когда врачи нередко высказывают прямо

---

[1] Б. Г. Ананьев. Теория ощущений. Изд. Ленинградского государственного университета, 1961.

противоположное мнение о том, есть ли шум вообще или нет, систолический он или диастолический, функциональный или органический и т. д.

Бесспорно, несмотря на всю условность и относительность деления методов обследования на объективные и субъективные, нельзя стирать ту грань, которая отделяет их друг от друга.

Отождествление субъективных и объективных методов исследования, абсолютизация первых, выведение их за пределы реальной применимости является одной из гносеологических предпосылок субъективизма и интуитивизма в медицине.

§ 2. Об интуитивном познании в медицине

В отличие от идеалистического понимания интуиции как особой способности внутреннего созерцания, внезапного алогического познания истины, диалектический материализм рассматривает ее как естественную, но специфическую форму познания, опирающуюся на опыт, накопленные знания, которые на определенном этапе познания как бы «внезапно» подсказывают решение того или иного вопроса.

Понять характер интуиции, ее значение в познании можно лишь при знании физиологических механизмов познавательного процесса, на которые в нашей литературе обращают слишком мало внимания. Эти механизмы всесторонне изучаются в павловской физиологии высшей нервной деятельности.

На основе современных данных физиологии высшей нервной деятельности психофизиологический механизм познавательной деятельности можно представить в следующем виде.

1. Аналитическое расчленение образа познаваемого предмета. В Институте высшей нервной деятельности и нейрофизиологии Академии наук СССР изучался механизм передачи и переработки информации в зрительных системах. При изучении функциональной организации центральных проекций зрительного анализатора обнаружены системы клеточных элементов, реагирующих только на световые раздражения и обеспечивающих точную оценку свойств световых сигналов.

2. Элементарная генерализация и возникновение смутных представлений о предмете по тем или иным его свойствам. Исследование процессов кодирования в зрительном анализаторе (В. Д. Глязер и др.) позволяет глубже понять природу опознавания зрительных образов. Эти исследования свидетельствуют о том, что опознавание образа происходит путем последовательного разворачивания сложных признаков, выработанных в процессе жизни индивидуума. Время опознавания

изображения пропорционально количеству передаваемой им информации. В свою очередь сложные признаки образуются из элементарных, получаемых с помощью врожденных механизмов.

3. Дифференцирование (познание элементов предметов в их индивидуальной особенности).

4. Вторичная генерализация (объединение предметов по их общим свойствам).

5. Абстрагирование и обобщение[1].

Бесспорно, приведенная схема психофизиологического механизма процесса познания лишь в общих чертах и весьма условно отражает основные этапы его развития. Но здесь важно отметить, что «обычный» процесс познания, как правило, происходит в большем или меньшем соответствии с законами функционирования психофизиологического механизма познания. Он также в принципе укладывается и в рамки обычных «типовых» логических форм мышления.

По-иному обстоит дело при так называемом интуитивном познании. Не все ассоциации, постоянно образующиеся в коре больших полушарий, могут осознаваться сразу. Часть из них до определенной поры, образно говоря, находится ниже порога сознания.

Изучение природы экстраполяционных рефлексов и опережающего отражения живыми существами действительности поможет глубже понять психофизиологическую природу интуитивного познания. Под экстраполяцией физиологи и психологи понимают своеобразное предвидение настоящих и будущих закономерностей изменения и развития некоторых процессов и явлений на основе знания их прошлых характеристик. Экстраполяционным рефлексом А. В. Крушинский называет реакцию организма не только на какой-либо непосредственный раздражитель, но и на то направление, по которому перемещается этот раздражитель при его закономерном движении.

«Способность к экстраполяции, осуществляющейся, очевидно, на основе быстро образующихся ассоциаций между явлениями внешнего мира, находящимися в причинно-следственных отношениях, является, согласно нашему мнению, одним из важнейших критериев рассудочной деятельности. Отражая причинно-следственные отношения между явлениями внешнего мира, экстраполяционные рефлексы обеспечивают адекватную реакцию животных на эти отношения»[2].

---

[1] Ян Дембовский. Психология обезьян. Изд. иностранной литературы. Л., 1963, стр. 156.

[2] А. В. Крушинский. Формирование поведения животных в норме и патологии. Изд. Московского государственного университета. 1960, стр. 186.

Экстраполяционные рефлексы, видимо, не только являются одной из биологических предпосылок возникновения мышления человека, но и такой его специфической формы познания, как интуиция.

Большой интерес для понимания психофизиологической природы интуитивного познания представляет случай решения одного вопроса, описанный И. П. Павловым. На одной из «сред» в 1934 г. он говорил: «Я нахожу, что все интуиции так и нужно понимать, что человек окончательное помнит, а весь путь, которым он подходил, подготовлял, он его не подсчитал к данному моменту»[1].

Согласно павловскому учению, кору мозга нельзя рассматривать одинаково возбудимой в каждый данный момент. Помимо зоны оптимальной возбудимости, в ней имеются и такие участки и зоны, которые находятся в заторможенном состоянии. Образование же новых ассоциативных связей — это не только монополия возбудимых зон. Они могут возникать и в зонах с меньшей возбудимостью и даже в более или менее заторможенных участках мозга. Но возникающие в них новые связи, ассоциации не осознаются в данный момент. Через порог сознания они проникают лишь при определенных условиях. В этом случае сам процесс формирования «готового» решения той или иной проблемы, задачи исчезает из «поля зрения», а сознание фиксирует лишь «конечный», «готовый» его результат. Так как временные нервные связи, отражающие процесс подготовки «законченного» решения, находятся в заторможенном состоянии, то в силу этого и сам результат кажется внезапным, алогичным и т. д. При отождествлении же этой видимости с сущностью процесса легко встать на позиции идеалистического понимания интуиции. При интуитивном познании видна лишь заключительная, «результативная» часть этого сложного познавательного процесса. Начальные и последующие стадии процесса познания как бы пропускаются. Но и при интуиции процесс познания происходит в основном в соответствии с законами и формами логического мышления, на основе функционирования психофизиологических механизмов и законов. Для понимания логической природы интуитивного познания необходимо уяснить соотношение непосредственного и опосредованного знания. Если при «обычном» познании, несмотря на его опосредованность, каждый его новый логический этап продолжает предыдущий и служит исходной предпосылкой для последующего, то при интуитивном познании логическая цепь рассуждений как бы разрывается, из нее «выпадает» среднее, промежуточное звено, а на

---

[1] И. П. Павлов. Среды. Изд-во АН СССР, М.—Л., 1949, т. II, стр. 227.

поверхность сознания всплывает лишь ее конечное, заключительное, «результативное» звено. «Так как рассматриваемое в целом познание есть движение и процесс, в котором каждое звено обусловлено и опосредовано предшествующими ему звеньями, то для знания в целом характерна не непосредственность, а именно опосредование»[1]. Эта опосредованность познания при разрыве логической познавательной цепи делает возможным интуитивное познание.

Медицинская литература пестрит самыми разнообразными и нередко взаимно исключающими высказываниями об интуиции. Проф. В. М. Чиж (1913) по существу превратил интуицию в единственный способ медицинского диагностического познания. Интуицией мы постигаем именно то, писал он, что отличает данного больного от других, создает его индивидуальность[2].

Широкое распространение интуиции в медицине обусловлено рядом причин. Во-первых, отсутствием необходимых знаний об этиологии и патогенезе ряда заболеваний, с одной стороны, и безотлагательной необходимостью оказания помощи больному — с другой. Это противоречие создает возможность выдвижения различных скороспелых предположений, гипотез о природе и сущности не познанной еще болезни. Оно может породить соблазн проникнуть в тайну болезни необычным, интуитивным путем и т. д. Отсутствие диалектико-материалистического мировоззрения, непонимание подлинных путей познания окружающего мира — благоприятная предпосылка для возникновения идеалистических представлений на роль и место интуиции в познании.

Во-вторых, кастовый характер медицины антагонистического эксплуататорского общества ведет к тому, что познание болезней нередко рассматривается как монопольная привилегия определенной группы людей, наделенных даром особого интуитивного постижения истины.

Передовые отечественные ученые и врачи предельно ясно очертили тот предел познавательных возможностей, которыми располагает интуиция. Говоря о месте интуиции в процессе познания, проф. В. Я. Данилевский писал: «Рациональная медицина требует диагноза и лечения, как результата, логически вытекающего из фактов. Чем меньше всяких догадок, так называемой подсознательной интуиции, чем меньше основывается врач на своих «первых впечатлениях» и на «верности своего взгляда», тем точнее и научнее его метод. Только в этом случае «искусство» распознавания и врачевания

---

[1] В. Ф. Асмус. Проблема интуиции в философии и математике. Соцэкгиз, 1963, стр. 291.

[2] В. М. Чиж. Методология диагноза, 1913, стр. 41.

может войти в систему объективного знания или естествознания»[1].

С. П. Боткин указывал на широкое распространение автоматизированного мыслительного процесса во врачебной, особенно диагностической, деятельности. «...Диагнозы по первому взгляду врача на больного были причиной общеизвестного мнения о верности или неверности так называемого взгляда того или другого доктора. Нет никакого сомнения, что при известном навыке и известных способностях у людей может развиваться в очень значительной степени способность делать заключения на основании первого впечатления и нередко без участия сознательного центра мышления... Врач, делающий диагностику больного или заключения о его болезни, не имея достаточного количества фактов, на основании одного только первого впечатления на его центры через посредство его периферических приводов, действует по инстинкту»[2].

«Скачкообразность» мыслительного процесса, беглость и конспективность течения мысли при интуитивном познании могут явиться причиной диагностических ошибок. В большинстве случаев интуиция «идет в разрез с тем, что требует наука, — с точностью»[3].

Абсолютизируя момент подсознательного, автоматизированного в мышлении, некоторые зарубежные ученые превращают интуицию в особую иррациональную, алогическую форму познания. Н. Фиссанже, например, говорит, что врач сверхрациональным путем узнает болезнь, как узнает человека при встрече, не подчиняясь логическим законам мышления и не детализируя логики подобного узнавания[4].

Интуицию как специфическую форму познания, характеризующуюся «укороченностью», «конспективностью» суждений и т. д. следует рассматривать лишь как один из вспомогательных приемов познания, требующих обязательной практической проверки.

В связи с характеристикой так называемой врачебной интуиции следует определить роль и место методов самонаблюдения и клинического наблюдения. В литературе и практической врачебной деятельности нередко встречается нигилистическое или открыто негативистское отношение к данным методам исследования. Вряд ли целесообразно полностью отрицать самонаблюдение как один из вспомогательных методов познания. Следует лишь указать на недопустимость его

---

[1] В. Я. Данилевский. Врач, его призвание и образование, 1921, стр. 83.

[2] С. П. Боткин. Клинические лекции. Медгиз, М., 1952, т. II, стр. 15—16.

[3] Л. Лериш. Основы физиологии хирургии, 1961, стр. 18.

[4] N. Fissingen. Diagnostics pratigus. Paris. Masson, 1948.

низведения до идеалистически понимаемой и истолковываемой интроспекции, игнорирующей объективный анализ наблюдаемых чувств, мыслей, переживаний, болезненных ощущений, отрицающей необходимость изучения их физиологических и патофизиологических механизмов.

Самонаблюдение как один из многих и неглавных методов познания нельзя превращать в единственный и ведущий метод познания, как это делают представители интроспективной, опытной или эмпирической психологии.

Но для медицины в целом, включая и медицинскую психологию, несравненно большее значение имеет не самонаблюдение, а метод клинического наблюдения, нередко недооцениваемый некоторыми медиками.

Если эксперимент на животных лишь приближенно отражает те или иные физиологические и патологические состояния, необходимые для познания аналогичных процессов в человеческом организме, если он является лишь вещественной моделью физиологического или патологического состояния человека, то метод клинического наблюдения является своеобразной «копией», «снимком» с натуры, оригинала. Конечно, нельзя противопоставлять лабораторный эксперимент на животных и метод клинического наблюдения. Они должны корректировать и взаимообогащать друг друга.

Важность метода клинического наблюдения, его большая познавательная ценность обусловлена прежде всего тем, что при помощи этого метода необходимые медицинские знания «снимаются» непосредственно с оригинала, т. е. больного человека. В эксперименте же (в силу невозможности экспериментирования на человеке) знания «снимаются» лишь с более или менее отдаленного «натурального заменителя», т. е. животного, со своеобразной «живой модели». «Но медицина, — говорил И. П. Павлов, — как исследование не лишена своих важных особенностей. Условия, которые ставит в своих исследованиях физиолог, есть дело слабых рук человека, его ограниченного ума; в мире же болезней в сфере наблюдения врача комбинируют явления, разъединяют их могучие жизнь и природа». «Сколько можно указать случаев, — продолжая свою мысль, говорил И. П. Павлов, — где клинические наблюдения вели к открытию новых физиологических фактов». Известно, что на основе непосредственного клинического наблюдения за течением болезненных процессов С. П. Боткину удалось открыть такую важную закономерность их развития, как волнообразность. Клиническое наблюдение выступает как одна из важных форм практической проверки полученных экспериментальным путем знаний. В этом смысле его можно рассматривать не только исходным, но и заключительным методом в познании закономерностей развития болезней человека.

Но учитывая, что патологический процесс развивается в человеческом организме, как правило, ранее того, чем человек становится объектом медицинского обследования, и что первоначальные патологические изменения (главным образом функциональные) не сразу проявляются клинически выраженными симптомами и синдромами, следует сделать вывод об ограниченности метода клинического наблюдения, о необходимости его дополнения другими методами, способами и приемами познания и исследования.

§ 3. Специфика медицинского эксперимента

Широкое использование в медицине достижений физики, химии, кибернетики и т. д. ведет к возрастанию значимости экспериментальных методов исследования. Нередко возникновение и развитие специальных методов исследования порождает новые направления в науке. В частности, возникший в последние годы метод регистрации слабых токов обусловил возникновение такой перспективной ветви физиологии, как электрофизиология.

Но нужно сказать, что применение новых методик для познания закономерностей развития тех или иных явлений и процессов не только методический, но и методологический вопрос. Абсолютизация тех или иных методических приемов познания, акцентирование внимания исследователя лишь на аналитической стороне изучаемого объекта, игнорирование его синтетического, интегративного аспекта может явиться гносеологической предпосылкой для возникновения метафизических и механистических выводов и заключений. В частности, при увлечении некоторыми учеными изучением молекулярных, субклеточных и клеточных основ жизнедеятельности организма в норме и патологии иногда выпадает из поля зрения другая не менее важная задача — познания жизненных функций органов и систем в целостном организме, взаимодействующем с окружающей его средой. «...Нет ли в настоящее время, — резонно ставит вопрос А. Есаков, — опасности противопоставления аналитической стороны изучения живого организма (в частности, электропродукции живой ткани) исследованиям, применяющим методы условных рефлексов?» [1]. Гипертрофия, абсолютизация роли электрических проявлений в деятельности живых существ может привести к переоценке их значимости, к превращению их в основную функцию жизне-

[1] А. Есаков. Против односторонних выводов. Медицинская газета от 23/VII 1963 г.

деятельности тканей. При диалектико-материалистическом подходе к изучению жизнедеятельности организма электрофизиологические методы исследования должны сочетаться с такими методами, которые позволяют вскрыть биохимические и физиологические процессы жизнедеятельности.

При классификации наук иногда имеют место попытки поставить специфику той или иной научной дисциплины в прямую зависимость от применяемых методов и методик исследования. На позициях подобного неправильного методологического подхода стоят, например, те ученые, которые отрицают правомерность существования патологической физиологии как самостоятельной научной дисциплины и предмета преподавания в медицинском вузе. Бесспорно, как нормальная, так и патологическая физиология, как правило, используют одинаковые электрофизиологические, биохимические, специфически биологические методы исследования. Но ведь особенность той или иной научной дисциплины определяется прежде всего спецификой тех законов, того материального субстрата, которые ею познаются. Предмет, объект исследования главным образом определяет специфику той или иной научной дисциплины.

Если между методическими приемами, используемыми, например, в нормальной и патологической физиологии, нет существенной разницы, то в предмете, объекте их исследования, в тех целях и задачах, которые перед ними ставятся, есть существенное, качественное различие. В частности, стратегические цели, которые ставятся перед нормальной и патологической физиологией, существенно различаются. Для нормальной физиологии в процессе экспериментирования важно исключить и предотвратить те возможные воздействия, которые препятствуют адекватному взаимоотношению организма с окружающей средой. Патологическая физиология имеет иные цели: она стремится к созданию таких условий, которые бы нарушили адекватную филогенетически выработанную связь организма с окружающими условиями. Иногда и физиолог использует патофизиологические методы исследования. Для уяснения механизма деятельности тех или иных приспособительных, физиологических механизмов, которые трудно или невозможно познать в условиях нормы, он лишает организм обычных, адекватных для него условий. Но и в этом случае он использует патофизиологические приемы исследования лишь как вспомогательное средство для познания нормогенных, физиологических законов жизнедеятельности организма.

Говоря о познавательной роли эксперимента, И. П. Павлов подчеркивал, что если эксперимент берет то, чего он хочет, то наблюдение лишь собирает то, что ему предлагает природа. Таким образом, познавательная ценность эксперимента

заключается в его действенности, в возможности проникновения в такие тайны нормальной и патологической жизнедеятельности организма, которые скрыты от простого наблюдения. Эксперимент позволяет изучить интересующее явление по частям, по этапам. В этом смысле он выступает важным средством аналитического исследования. В то же время в специально созданных условиях при помощи эксперимента можно изучать и реакции целостного организма. В данном случае эксперимент выступает в качестве подспорья синтетического способа познания. Если при простом наблюдении изучаемый объект нередко «вынуждает» исследователя следить за его «поведением» в нежелаемых для него (исследователя) условиях, то эксперимент позволяет изучать тот или иной объект в самых разнообразных условиях. Если же учесть еще и возможность многократного воспроизведения изучаемых процессов и явлений при экспериментировании, то перед нами предстанет со всей очевидностью неоспоримая познавательная, эвристическая ценность эксперимента.

Процесс экспериментирования и научного абстрагирования с общепознавательной точки зрения можно рассматривать как различные тактические приемы для осуществления единой стратегической цели — познания тех или иных закономерностей окружающего мира. В этой связи вряд ли можно согласиться с той точкой зрения, согласно которой в эксперименте закономерность якобы освобождается исследователем от окружающих случайностей лишь чувственно-практически. Во-первых, сам эксперимент является в определенной степени овеществленной проверкой тех или иных идей, представлений и гипотез ученого. Во-вторых, результатом эксперимента является не освобожденная чувственно-практическим путем закономерность, а лишь та или иная совокупность фактов. Только в результате абстрактно-логической обработки данных фактов можно сделать заключение об открытой, познанной закономерности.

Кроме того, нельзя не учитывать, что сам факт — это не онтологическая, а гносеологическая категория. Научным фактом является лишь то, что подвергнуто сознательной, мыслительной обработке человека. Чувственные восприятия, полученные в эксперименте, можно считать научными фактами лишь тогда, когда абстрагирующая деятельность человека находит им определенное место в общем контуре изучаемой, отражаемой картины действительности, когда выявляется механизм их внутренней, интимной связи с другими научными фактами, теоретическими представлениями и т. д.

Если мы встанем на подобную, приведенную выше точку зрения, то должны предположить, что экспериментальная модель болезни человека, например воспроизводимая на живот-

ных, есть некая абсолютная копия, полное воспроизведение интересующего исследователя патологического процесса, и что она воспроизводит сущность и закономерность этого процесса лишь чувственно-практически, без абстрагирующей деятельности исследователя.

В современной зарубежной философской и медицинской литературе наряду с переоценкой роли экспериментальных методов познания, выливающейся в форму инструментализма и т. д., широкое распространение получили нигилистические воззрения на роль и место эксперимента.

Неопозитивизм, например, рассматривает эксперимент как один из способов упорядочения и систематизации чувственного материала. Смысл экспериментирования, по мнению неопозитивистов, заключается в том, что оно позволяет унифицировать, свести к единым логическим конструкциям многообразие полученного при его помощи чувственного материала. Другими словами, отрицается возможность познания на основе эксперимента объективных закономерностей изучаемых явлений и процессов.

Нигилистическое отношение к познавательной ценности эксперимента также своими корнями уходит в субъективно-идеалистические принципы неопозитивистской философии. Отрицая возможность воспроизведения в эксперименте с той или иной степенью сходства черт, свойств и закономерностей изучаемого объекта или системы, отрицая его отражательно-познавательную ценность, Вейс, например, утверждает, что эксперимент «только шутит с природой», но не дает никаких новых знаний. Исходя из этого, он предпочитает экспериментальным исследованиям субъективистски понимаемый «личный опыт» и идеалистически истолковываемую интуицию.

Особое место в познании нормальных и патологических закономерностей жизнедеятельности организма занимает метод моделирования, получивший новый мощный стимул в связи с успехами и достижениями кибернетики и бионики.

Одной из основных сфер применения кибернетики в области медицины является диагностика. Для более широкого внедрения кибернетики во все разделы медицины, в том числе и в диагностику, необходимо более глубокое познание количественного аспекта нормальных и патологических закономерностей жизнедеятельности организма. Но известно, что и современная медицина опирается главным образом на понятия, отражающие преимущественно качественную сторону явлений и процессов жизнедеятельности при неполном или недостаточном знании их количественных характеристик. Это особенно характерно для неврологии и психиатрии «Психиатрия более чем какая-либо другая медицинская наука оперирует качественными категориями, что и создает определенные труд-

ности при аналогизировании тех или иных психотических проявлений с физическими и математическими закономерностями. По этой же причине затруднено и моделирование этих проявлений...»[1].

При изучении законов высшей нервной деятельности нередко основные нейрофизиологические и психологические понятия пытаются заменить терминами «информация», «передача», «переработка информации» и т. п. Но такая тенденция не вполне правомерна. Если в теории информации отражаются прежде всего количественные закономерности, то для биологической системы «раздражитель — живой реагирующий субстрат» имеют не менее важное значение наряду с количественными и качественными характеристиками. «Законы высшей нервной деятельности не могут формулироваться исключительно количественно, а должны также рассматриваться качественно», — справедливо подчеркивает Й. Хрбек в статье «Кибернетика и законы высшей нервной деятельности»[2]. По мнению Хрбека, воздействие раздражителя на живую систему не есть простая передача информации. Напротив, в данном случае речь идет об отражении объективной реальности в чувствующем субъекте и о взаимодействии двух материально-энергетических систем.

Прогресс медицины на основе использования достижений физики и химии, математизация медико-биологических наук создают более благоприятные условия для широкого внедрения кибернетических методов познания в различные разделы медицинской науки.

§ 4. Возможности и пределы моделирования биологических систем

Наличие органической целесообразности в жизнедеятельности живых существ не изолирует их в то же время от неживой природы. Организм не только взаимодействует с абиотическими факторами как частью окружающей его среды, но и подчиняется в своем развитии некоторым более или менее общим законам, присущим всей материи.

Жизнедеятельность организма невозможна без использования физических и химических закономерностей. Как в живой, так и в неживой природе имеют место более или менее аналогичные физико-химические закономерности. Это и яв-

---

[1] Н. Ф. Шахматов. К вопросу о возможных путях применения положений кибернетики в психиатрии. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. Т. 64, в. 3, 1964, стр. 460.

[2] Arzt und Philosophie. Berlin, 1961, S. 129.

ляется одной из объективных предпосылок применения некоторых общих методов физико-химического и логико-математического изучения процессов функционирования как в кибернетических устройствах, так и в живых организмах.

Конечно, в сложной, относительно целесообразной и авторегулирующейся живой системе есть нечто большее простой суммы физико-химических закономерностей. Если в аналитическом аспекте, как уже подчеркивалось, организм равен сумме физико-химических элементов, лежащих в его основе, то в синтетическом отношении (организм как живое, специфически функционирующее целое) он характеризуется качественно новыми биологическими закономерностями. В силу этого никакой физико-химический аналог и самая сложная кибернетическая модель не тождественны живому организму (оригиналу).

Познание количественных и качественных проявлений функционирования живых систем плодотворно осуществляется на основе использования метода биологического моделирования. Моделирование как специфический метод познания основывается в конечном счете на принципе материального единства мира, на наличии в живой и неживой природе общих диалектических законов их развития, на признании всеобщей связи и взаимообусловленности явлений.

Вещественное или мысленное воспроизведение свойств, состояний и характеристик изучаемого объекта (оригинала) на том или ином специальном аналоге называется моделированием. «...Моделирование означает материальное или мысленное имитирование реально существующей (натуральной) системы путем специального конструирования аналогов (моделей), в которых воспроизводятся принципы организации и функционирования этой системы»[1].

Всякая модель является специфической формой отражения (познания) действительности. Если в некоторых простых, вещественных моделях это отражение происходит в адекватной форме, то в идеальных, логико-математических моделях подобная адекватность модели своему оригиналу не обязательна.

Опираясь на принцип изоморфизма, современная биология все более широко использует методы кибернетического моделирования.

При подобном моделировании биологических процессов, как правило, воспроизводятся функциональная структура изучаемого объекта и общие принципы управления и связи, присущие живой и неживой природе. Моделирование биологиче-

---

[1] И. Т. Фролов. Гносеологические проблемы моделирования биологических систем. Вопросы философии, 1961, № 2, стр. 39.

ских объектов, как указывают В. В. Парин и Р. М. Баевский[1], основано на аналогии между данными входов и выходов систем при полном различии внутренних структур. Например, искусственная почка моделирует деятельность живой почки лишь в конечном итоге, т. е. результатом деятельности почки и ее модели является выведение из организма азотистых шлаков и т. д. Конкретный же механизм диализа и выведения вредных продуктов в том и другом случае различен.

Моделирование в определенной степени является разновидностью абстрактно-логического познания. Его отличие от «чистого» абстрактно-логического познания заключается в том, что здесь сам процесс познания и его результат как бы «материализуется», «овеществляется» в тех или иных экспериментальных установках, модельных сооружениях и т. п.

В отличие от теории модель не объясняет моделируемого предмета непосредственно в форме понятий, суждений и умозаключений. Напротив, возникнув на основе предварительных теоретических предпосылок, модель, как «овеществленный» результат познания, нуждается в дальнейшем теоретическом истолковании. Вот почему модели нередко «...представляют собой промежуточное звено между теорией и действительностью... В отличие от теории модель характеризуется обязательно наглядностью, что связано с тем обстоятельством, что модель всегда приурочена к определенным пространственно-временным координатам»[2].

В модели происходит перенос знаний с более сложной системы на более простую. Но механический перенос этих знаний без учета качественной специфики самой модели и моделируемого объекта не даст нужного, плодотворного результата, так как свойства и особенности, моделируемые на неживой кибернетической и тому подобной системе, не являются арифметической суммой закономерностей живой биологической системы.

В силу этого при изучении тех или иных заболеваний при помощи так называемого модельного, кибернетического диагноза следует учитывать, что диагностический процесс не является результатом простого арифметического суммирования симптомов и синдромов болезни. Не случайно говорится, что диагностика — это не процесс суммации, а процесс синтеза и творчества. Диагностический процесс связан с переработкой многочисленных анамнестических, бактериологических, лабораторно-биохимических и других данных о состоянии больного. Творческая переработка подобных данных невозможна не

---

[1] В. В. Парин, Р. М. Баевский. Кибернетика в медицине и физиологии. Медгиз. М., 1963, стр. 50

[2] В. А. Штофф. О роли моделей в познании. Изд. Ленинградского государственного университета, 1963, стр. 10, 11.

только без использования диалектических, но и формально-логических закономерностей. Если модельный кибернетический диагност способен «рассуждать» лишь по законам формальной логики, то врач творчески опирается и на формально-логические и диалектические закономерности. В силу этого знания, полученные на основе модельных аналогий, носят лишь условный, вероятностный характер. Модельная аналогия сохраняет свою познавательную, эвристическую ценность лишь тогда, когда в изучаемых и сравниваемых объектах устанавливается сходство в основных, существенных чертах и свойствах, когда учитывается не только функциональное сходство данных систем, но и их качественная субстанциональная специфичность. Соблюдение данных методологических принципов особенно важно при изучении с помощью различных моделей биологических закономерностей как высших интегральных и весьма специфических закономерностей, присущих лишь живой природе.

Учитывая гомеостатический характер живой системы, ее способность находиться в состоянии динамического равновесия с окружающей средой, ученые все шире стали использовать модельный метод «скользящего рациона». При подобном методе растения могут выращиваться без обычного грунта, на специальных питательных растворах. Учитывая качественное своеобразие биологических закономерностей, при подобном методе выращивания растений для последних создаются более или менее адекватные биохимические экологические условия. Учитывая стадийность развития растений, основные периоды их развития искусственно воспроизводимые, моделируемые экологические условия соответствующим образом видоизменяются, приурочиваются к требованиям растущего растительного организма.

Отвлекаясь от различий в вещественном субстрате изучаемых явлений и опираясь на их определенное функциональное сходство, аналогичность, современная наука использует в различных областях техники и производства некоторые сложные принципы жизнедеятельности организмов.

Возникновение на стыке наук о живой и неживой природе нового направления — бионики, использующей в технических устройствах сложнейшие принципы целесообразной и авторегуляторной деятельности живых систем, знаменует новый этап в познании диалектики природы. Конечно, между моделированием и бионикой есть некоторое различие. Если моделирование, как правило, ставит задачу раскрытия новых тайн природы, то бионику интересуют прежде всего утилитарные задачи, т. е. использование закономерностей развития и поведения живых существ для создания различных технических устройств. Техническое использование принципов работы

мышцы, обеспечивающих непосредственное превращение химической энергии в механическую, а также моделирование с последующим промышленным использованием процессов фотосинтеза и т. п. — вот некоторые из возможных достижений бионики.

Нередко бывает так, что те или иные технические идеи и проекты с бо́льшим или меньшим опозданием воспроизводят и «овеществляют» известные биологические принципы и закономерности. Например, в радиолокационных установках по существу воплощен давно известный принцип ультразвуковой локации летучей мыши. Использование закономерностей, лежащих в основе надежности, эффективности и целесообразности функционирования биологических систем в работе технических устройств, явится важной ступенью в развитии науки и техники, в моделировании важнейших принципов самонастройки, авторегуляции и гомеостатичности живых систем и т. д.

Все большее применение моделирование находит в экспериментальной медицине. При этом в медицине широко используются натуральные модели. В качестве последних по отношению к высшим организмам (например, человеку) используются низшие (обезьяны, собаки, морские свинки и т. д.). «Модельные опыты, будучи нацеленными на воспроизведение болезней человека и животных, преследуют несколько задач: воссоздать клинико-анатомический комплекс симптомов, характеризующих данную болезнь, этиологически обосновать эту болезнь, раскрыть ее патогенез и возможности лечения»[1].

Биологическая близость некоторых высших животных, особенно обезьян, к человеку представляет возможность в более или менее аналогичной форме воспроизвести у них некоторые нозологические формы заболеваний, присущие человеку.

При экспериментальном моделировании так называемых человеческих болезней у животных необходимо учитывать прежде всего следующие методологические принципы: во-первых, бо́льшую или меньшую биологическую близость модели (экспериментальных животных) и оригинала (человека), во-вторых, степень сходства условий, в которых воспроизводится болезнь у животного, с условиями, необходимыми и достаточными для возникновения и развития болезни человека. Несмотря на наличие большого анатомо-физиологического сходства обезьяны и человека, первые в естественных условиях не способны болеть гипертонией, атеросклерозом и т. д. в той форме и степени, как человек. Некоторые болезни «...в естественных условиях (обезьянам.—*Г. Ц.*), по-видимому, не свой-

---

[1] И. В. Давыдовский. Проблема причинности в медицине (этиология). Медгиз. М., 1962, стр. 137.

ственны и возникают лишь в условиях содержания в питомнике в контакте с определенными, навязанными человеком раздражителями.

...Различие нозологического профиля обезьяны и человека зависит не столько от их биологического различия..., сколько от чрезвычайно различных условий существования» [1].

Таким образом, и натуральная модель (экспериментальная болезнь) не является полностью адекватной своему оригиналу. В силу этого и знания, полученные при изучении натуральной модели, могут лишь с существенными ограничениями и оговорками использоваться при истолковании аналогичных патологических процессов, происходящих в организме человека. Познавательно-эвристическая ценность моделирования болезней и заключается в том, что оно способствует более глубокому познанию сущности этиологии и патогенеза заболеваний человека.

Нередко один и тот же процесс, являясь оригиналом, по отношению к другим процессам представляет собой их модель. Воспроизводимая на животных та или иная болезнь является неким оригиналом, а по отношению к человеку она — модель его аналогичного заболевания. В свою очередь модели, используемые в медико-биологических науках, не равноценны по своей теоретико-познавательной значимости. В самом деле, демонстрационные модели в виде всевозможных муляжей и т. д. не дают никакой новой познавательной информации, они лишь наглядно и образно отражают уже известные морфологические и функциональные отношения и связи. Нередко «экспериментальные модели содержат уже доказанные или гипотетически предполагаемые функциональные отношения интересуемого положения вещей»[2].

Мыслительная модель, упрощая изучаемый феномен, вычленяя его некоторые стороны и акцентируя на них внимание, способна дать новую познавательную информацию. Подобные особенности мыслительной модели делают ее «эвристически ценной в роли первого приближения к истине»[3].

В понимании и истолковании проблемы моделирования имеют место как идеалистические, так и метафизические и механистические точки зрения. Отрицая наличие определенной объективной общности между моделируемым и моделирующим процессами, некоторые ученые (например, У. Эшби и др.) приходят к субъективистским выводам, к отрицанию или недооценке познавательных функций моделей. С подоб-

---

[1] Б. А. Лапин, Л. Н. Яковлева. Очерки сравнительной патологии обезьян. Медгиз, М., 1960, стр. 287—288.

[2] Arzt und Philosophie. Bèrlin, 1961, S. 75.

[3] Nayrac Paul. Les modéles en biologie. «Nucléus», 1963, № 1, p. 30—37.

ных позиций Ритчи, например, приходит к выводу, что моделирование и экспериментальные наблюдения «являются для научных исследований ложным примером», что экспериментатор может воспроизводить то или иное явление лишь «внутри ограниченных богом пределов».

Отрицание же качественных различий между моделируемым и моделирующим явлениями, превращение некоторой аналогии между самоорганизующимися процессами в живых системах и их модельными аналогами (автоматами), а также между высшей нервной системой и автоматическими кибернетическими системами в тождественность между ними является важнейшей гносеологической предпосылкой современного кибернетического механицизма. Вскрывая качественную специфику живого организма и предупреждая о недопустимости его низведения до уровня пусть даже сложно организованной машины, И. П. Павлов говорил: «Человек, конечно, система, грубее говоря — машина, как и всякая другая в природе, подчиняющаяся неизбежным и единым для всей природы законам; но система в горизонте нашего современного научного ведения, единственная по высочайшему саморегулированию. Разнообразно самоорганизующиеся машины мы уже достаточно знаем между изделиями человеческих рук... Но наша система в высочайшей степени самоорганизующаяся, сама себя поддерживающая и даже совершенствующаяся»[1].

Таким образом, моделирование как сложное и специфически познавательное средство может оказать существенную помощь в познании природных явлений лишь при условии, если исследователь будет вооружен диалектико-материалистической методологией и научно-материалистическим мировоззрением. Диалектика процесса познания должна быть некой адекватной моделью, адекватным отображением диалектически развивающейся живой и неживой природы.

---

[1] И. П. Павлов. Полное собрание трудов, 1949, т. III, стр. 454.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

§ 1. Социальная обусловленность здоровья и болезней человека

Потребность сохранения здоровья, лечения возникших заболеваний и максимально возможного в данных социальных условиях продления жизни является одной из важнейших общественных потребностей человека. В социалистическом обществе ее удовлетворение «обеспечивается системой социально-экономических и медицинских мероприятий» [1].

Медицина, пишет Г. Менде [2] в статье «Взгляды В. И. Ленина на вопросы здравоохранения», не может существовать только для лечения людей. Она должна учить, как предохранить людей от болезней, а это невозможно без изучения закономерностей общественной жизни людей.

Потребность человека в сохранении здоровья является непреходящей. Она появилась вместе с возникновением человеческого общества. Формы же ее осуществления обусловлены характером общества, типом производственных отношений.

Человеческий организм есть продукт наследственности (биологическое начало) и окружающей среды (природное и социальное начало). «Ведь, в конце концов, природа и история — это два составных элемента той среды, в которой мы живем, движемся и проявляем себя» [3].

О социальной обусловленности болезней человека говорит и зависимость кривой болезней от возникновения или исчезновения определенных социально-экономических условий.

---

[1] Материалы XXII съезда КПСС. Госполитиздат, 1962, стр. 392.

[2] G. Mende. Die wissenschaftlichen Berichtungen W. I. Lenin zum Gesundheitswesen. Friedrich — Schiller — Univ. Mathnaburwiss. Reihl. 1954/1955, № 4—5, S. 395—399.

[3] К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения. Изд. 1-е, т. XXIX, стр. 217.

Здоровье и болезнь человека — это результат сложного взаимодействия биологических и социальных процессов и закономерностей.

Синтетической наукой, занимающей пограничное положение между естественными и общественными науками, является медицина в целом и особенно такая ее ветвь, как социальная гигиена. Научное понимание соотношения социального и биологического в медицине позволяет избегать узкого, одностороннего понимания социальной гигиены как совокупности санитарно-административных и лабораторно-технических мероприятий.

Игнорирование сложной диалектики соотношения различных форм движения материи, в том числе взаимоотношения социального и биологического, нередко ведет к отождествлению таких понятий, как профилактика, гигиена и санитария.

Профилактика преимущественно отражает социальный аспект медицины и преследует цель выявления того комплекса факторов, которые обеспечивают членам общества наиболее благоприятные условия для здорового, активного и долголетнего существования.

Гигиену интересует не только социальный аспект медицины, но и ее биологическая, а также нормативная сторона, помогающая познать, при каких условиях (социальной и природной) среды «...достигается оптимум физиологических функций организма... Нормативные построения гигиены преимущественно негативного характера» [1].

Санитария отражает главным образом прикладную, техническую сторону медицины, так как она внедряет в бытовую жизнь людей основные медико-гигиенические нормативы.

Здоровье людей нужно рассматривать не столько через призму чисто санитарных мероприятий и медицинских процедур, сколько через призму социально-экономических условий и образа жизни людей.

Большое значение для научного понимания соотношения социального и биологического в медицине имеет марксистско-ленинская теория антропогенеза. Ф. Энгельс в своей статье «Роль труда в процессе превращения обезьяны в человека» обрисовал общие контуры того влияния, которое труд оказал на морфологическую и физиологическую сторону становления человека. Труд, социальная среда в целом оказывают прямое или косвенное влияние на все физиологические и психические процессы человека, на все многообразие и своеобразие его реакций. «Исторический период существования человечества представляет собой, конечно, чрезвычайно важный этап в

---

[1] С. А. Томилин. Социально-медицинская профилактика. Госмедгиз УССР, 1931, стр. 7.

эволюционном процессе, и эволюционная физиология не может отходить от этого вопроса»[1].

Известно, что все биологические существа в своем развитии и жизнедеятельности испытывают силу земного притяжения. В результате этого большинство из них располагается горизонтально по отношению к земной поверхности. Но под влиянием труда, социального образа жизни биологическая закономерность горизонтального способа существования и передвижения предков человека качественно преобразовалась. Следовательно, прямохождение человека — это результат его социального, трудового развития.

Конечно, высшее всегда возникает на основе низшего, используя его как трамплин для дальнейшего развития. В последующем это низшее подчиняется закономерностям высшего качества. Известно, что уже у предка человека — обезьяны — имелась элементарная «праворукость», примитивное «разделение труда» между передними конечностями. Другими словами, праворукость человека как результат трудового развития возникла на основе определенных биологических предпосылок. Валькенбоург на основе своих наблюдений пришел к выводу, что левой рукой обезьяна, как правило, держится за ветви дерева, в то время как правой рукой срывает и ест плоды. Правая же рука служит средством защиты от врагов и т. д. «Эффективность труда увеличивалась от того, что одна рука (левая) совершенствовалась в функции подсобной опоры, поддержки объекта труда, а другая рука (правая) совершенствовалась в его обработке. Но если речь генетически возникла из труда, а в труде главная роль выпадает на долю правой руки, то само собой разумеется, что источником речевых реакций должно было стать левое полушарие мозга. Gyrus Broka, являющийся моторным центром речи, располагается... в левом полушарии, по соседству с корковым центром правой руки. Генез речи из труда в фактах функциональной асимметрии мозга находит блестящее подтверждение. С другой стороны, труд как таковой является единственной причиной функциональной асимметрии мозга»[2].

Наиболее сильное влияние социальные факторы оказали на эволюцию высшей нервной деятельности. Под влиянием трудовой деятельности в коре больших полушарий возник и развился новый сложный анализатор, обладающий способностью анализировать результаты трудовых действий.

Небезынтересны в этом отношении факты, показывающие влияние трудовой, социальной деятельности на развитие органов чувств человека. Текстильщица, много лет проработавшая

[1] Л. А. Орбели. Избранные труды. Т. III. М.—Л., 1961, стр. 66.

[2] М. С. Скобло. Об историческом методе в невропатологии. Журнал невропатологии и психиатрии, 1931, № 5, стр. 40.

на производстве черных тканей, может отличить до 40 оттенков черного цвета, тогда как обычно люди различают лишь 2—3 оттенка. Опытный мельник на ощупь может отличить сорт смолотой муки и даже определить местность, где произрастало данное зерно. Африканские охотники, бушмены, по запаху выслеживают львов и других зверей и могут определить место нахождения змей более точно, чем тренированная собака. Во время первой мировой войны среди солдат выделялись так называемые нюхачи, которые на большом расстоянии могли уловить запах вредных газов[1].

Особенности строения скелета, устройства мускулатуры, деятельности органов чувств человека и т. д. — все это в конечном счете является результатом трудового, социального развития человека. Биологические процессы в человеческом организме подверглись существенному преобразованию, своеобразной трансформации под влиянием социального образа жизни.

Современный французский хирург Лериш (Lerishe, 1949) говорит, что применение анальгетиков в хирургической анестезии постепенно отучило людей бороться с болью силами самого организма. В результате этого нервная система стала более чувствительной и реактивной. По его мнению, на протяжении последних 100 лет устойчивость к болевой травме резко снизилась. Таким образом, социальный фактор через посредство научно-технических, фармакологических и инструментальных средств влияет и преобразует некоторые биологические закономерности человеческого организма.

Изменение этиологии и патогенеза заболеваний, исчезновение одних болезней и увеличение или возникновение других также не являются автономными патофизиологическими процессами. Все эти явления в конечном счете социально детерминированы. Интересно в этом отношении высказывание чехословацкого медика Мечислава Обтуловича, содержащееся в статье «Современные взгляды на аллергию». Он говорит, что причину большого роста аллергических заболеваний надо искать в росте предрасполагающих факторов, в неустойчивости вегетативной нервной системы вследствие беспокойства, поспешности и напряжения, характеризующих современную жизнь, как и во все большей подверженности воздействию внешних факторов. Хроническое повреждение дыхательных путей промышленными отходами, загрязняющими воздух в городах, употребление огромного количества лекарств, поставляемых фармацевтической промышленностью, потребление консервированных денатурированных продуктов с недостаточным количеством овощей и натуральных ингредиентов пита-

---

[1] Б. М. Теплов. Психология. Госполитиздат, 1946 (глава II).

ния, применение искусственных приправ, широкое использование ядохимикатов против вредителей растений, попадающих также в продукты питания растительного происхождения, и многие другие достижения современной цивилизации приводят к тому, что эти болезни принимают масштабы национального бедствия.

Не только болезни, но даже ритм биологических процессов (еда, сон и т. д.) также в конечном счете обусловлены бытовой, производственной и культурной жизнью человека и общества.

Наследственность также имеет определенную материальную биологическую основу. Но «имеются явные указания на то, что в психических, так же как и в физических, признаках наследственность поставляет сырой материал, над которым работает среда, и что этот сырой материал различен у разных индивидуумов» [1].

Материалистическая психология исходит из того, что биологическая наследственность не может непосредственно определять развитие психических функций и способностей. Последние не могут закрепляться в форме морфологических, биологических наследуемых изменений. С окончанием биологической эволюции человека «...достижения в развитии психических способностей людей закреплялись и передавались от поколения к поколению в особой форме, а именно в форме внешнепредметной, экзотерической» [2].

Следовательно, и психика человека, имея под собой определенный материальный (биологический) субстрат, развивается и реализуется под влиянием широкого комплекса социальных факторов.

Конечно, было бы неправильно полностью отрицать роль наследственности в передаче «способности к формированию тех или иных способностей», таланта и т. д. Но в то же время нужно всегда учитывать решающую роль различных социальных компонентов в проявлении и выявлении наследственных предпосылок. Большую роль в этом отношении играет семья, «профессиональное» влияние родителей, помогающее раннему проявлению интересов и устремлений ребенка. При рассмотрении этой проблемы нельзя не учитывать и чрезвычайной пластичности центральной нервной системы ребенка, ее способности видоизменяться под влиянием самых разнообразных, окружающих ребенка средовых, социальных факторов.

И. П. Павлов рассматривал высшую нервную деятельность человека результатом некоего сплава врожденного, т. е.

---

[1] Дж. Ниль и У. Шэлл. Наследственность человека. Изд. иностранной литературы, М., 1958, стр. 29.

[2] А. Н. Леонтьев. О социальной природе психики человека. Вопросы философии, 1961, № 1, стр. 29.

биологически унаследованного, и приобретенного под влиянием общественных, социальных условий жизни. В силу этого тот или иной тип поведения человека следует рассматривать не столько зависящим от врожденных, биологических особенностей типа высшей нервной деятельности, сколько зависящим от социальной среды, влияния семьи, школы, общества.

В самом деле, окружающая и прежде всего социальная среда своим постоянным воздействием способна «поощрять», усиливать одни тенденции и стремления человека и тормозить, парализовать другие. Социальная среда трансформирует, преобразует биологический облик человека, который в конкретных условиях общественного развития предстает в диалектически «снятом» виде.

Большое значение для понимания биологической стороны жизнедеятельности организма, в частности проблемы наследственности, а также для уяснения соотношения социального и биологического имеют данные о близнецах и главным образом об однояйцевых близнецах. Известно, что последние генетически тождественны. Это выражается в сходстве групп крови и т. д. «Хотя травмы, голодание, тяжелые заболевания и другие сильнодействующие факторы внешней среды могут нарушить сходство между обоими однояйцевыми близнецами, биохимическое, физиологическое и физическое сходство между ними, как правило, удерживается на протяжении всей жизни» [1].

Вместе с тем уместно напомнить и о том, что, «согласно исследованиям Гангарта в высококультурной среде, обусловливающей большую психическую дифференцировку, можно констатировать значительные психические различия даже у однояйцевых близнецов» [2].

Анализируемые факты позволяют сделать вывод, что наследственность как биологическая основа представляет лишь возможность развития организма в том или ином направлении, возможность здоровья или болезни. Эти возможности, заключенные в наследственности как биологической стороне человека, превращаются в ту или иную действительность под решающим влиянием средовых, социальных факторов. Если, например, длина предплечья или величина межглазничного пространства зависит в основном от наследственно-биологических особенностей, то окружность плеча, бедра и т. д. главным образом обусловлены факторами окружающей среды и в первую очередь уровнем благосостояния людей. Имеющееся сходство между приемными детьми, с одной стороны, и наличие разницы между генетически тождественными

---

[1] С. Давиденков, В. Эфроимсон. БМЭ, Изд. 2-е, т. 19, стр. 1022.

[2] О. Негели Общее учение о конституции. М.—Л., 1929, стр. 78.

близнецами, воспитанными в разных условиях, говорят о важном, а иногда и решающем влиянии социально-экономических и санитарно-гигиенических условий на биологическую сторону человека.

Исследования Тальмана, Германа, Хогбена и др. говорят о том, что братья и сестры разного возраста значительно менее похожи друг на друга, чем братья и сестры того же возраста, хотя чисто наследственные (биологические) различия в обоих случаях имеют в среднем одинаковое значение. Большая разница между братьями и сестрами различных возрастов должна быть отнесена за счет простых факторов окружающей среды, которые в одной и той же семье бывают различными в различные периоды жизни [1].

Известно, что в возникновении и развитии ряда болезней человека определенную роль играет наследственно-биологическое предрасположение. Но «последнее является результатом аккумулированного во многих поколениях воздействия на человека каких-то еще не известных неблагоприятных условий жизни. Но если в результате особых неблагоприятных условий, действовавших на человека из поколения в поколение, могло возникнуть наследственное предрасположение к определенной болезни, то нет оснований отрицать и противоположной возможности — воздействием из поколения в поколение иных условий сделать человека весьма устойчивым к развитию этой болезни и эту устойчивость наследственно закрепить. Таким образом, наследование приобретенных свойств может стать основой и для направленного воздействия на болезни, связанные с наследственным предрасположением» [2].

Таким образом, в тех случаях, когда имеется наследственное предрасположение к болезни, проявление ее будет зависеть от всей совокупности окружающих данного человека условий.

Влияние социальных факторов на наследственность весьма многообразно: они могут «заглушить», не дать возможности проявиться хорошей наследственной основе; социальные условия могут резко изменить в ту или иную сторону характер развития наследственности. Более того, даже дефективные наследственные черты могут быть резко ослаблены при наличии благоприятных социально-бытовых условий жизни людей.

Человек испытывает влияние природной и социальной окружающей среды. В силу этого тот или иной индифферентный фактор окружающей среды может явиться условным болезнетворным раздражителем. В этом случае его действие будет осуществляться по принципу условного патологическо-

[1] Г. И. Меллер. Евгеника в условиях капиталистического общества. Успехи биологических наук, 1933, т. II, в. III.

[2] Л. Н. Карлик. Советская медицина, 1960, № 2, стр. 7.

го рефлекса. В свою очередь «специфичным и самым сильным социальным раздражителем является словесный раздражитель... Словесные раздражители сочетаются, входят в условную связь с лекарственными и другими лечебными мероприятиями и могут то усиливать их действие, то ослаблять, то превращать в парадоксально действующие отрицательные раздражители. Этому общеизвестному факту не придается должного значения ни в лечебных, ни в профилактических учреждениях»[1].

Как при изучении этиологии, патогенеза, так и при разработке лечебных мероприятий необходимо учитывать социальную природу человека. В частности, при изучении реакций человеческого организма на те или иные раздражители большое значение имеет уяснение ее специфики. Реакция организма и выработка рефлексов будут различными в зависимости от того, воздействию какого раздражителя длительное время подвергался организм. «У больного, — пишет Д. А. Бирюков, — условный рефлекс на красный цвет возник необычно быстро. Это оказалось не удивительным, так как из анализа больного выяснилось, что он шофер. Оставаясь безучастным ко многим другим раздражителям, искусственным для него, он точно и быстро реагировал на натуральный для него, адекватный, имеющий ж и з н е н н о е з н а ч е н и е раздражитель»[2].

Следовательно, на социально значимые раздражители организм отвечает не так, как на безразличные для него биологические раздражители. Учет социальной природы человека— это прежде всего учет его образа жизни, его трудовой, профессиональной деятельности и т. д. Часто медицинские работники не идут дальше декларативного признания социальной сущности человека. «Очень часто, — пишет в этой связи Д. А. Бирюков, — можно встретить в истории болезни замечания, претендующие на характеристику поведения больного: «больной безучастно сидит на койке». Я спрашивал коллег-психиатров: А вы поставили швейную машину перед больной-швеей? Дали ли скрипку больному-скрипачу? Допустили ли к биллиарду больного в прошлом биллиардиста? Случись так, я убежден, от безучастности больного не осталось бы и следа.

Именно поэтому уже довольно давно мы выступали принципиальными противниками применения в исследованиях человека камер, изолирующих от звуковых, световых и других раздражителей, созданных И. П. Павловым в опытах на собаках, да и то для изучения специальных вопросов.

---

[1] С. В. Андреев. Дискуссия по проблеме этиологии и патогенеза. Тезисы докладов и выступлений. Рязань, 1954, стр. 4.

[2] Экологическая физиология нервной системы. Медгиз. М., 1960, стр. 118.

Для нас стало ясно, что решающим условием для правильной постановки наблюдений нервной деятельности человека является создание условий, адекватных его обычным жизненным обстоятельствам. Мы заявили, что помещение человека в абсолютно искусственные для него условия изоляции не будет способствовать проявлению его рефлекторной деятельности.

Только обычная жизненная адекватная обстановка является главнейшим условием для возможности наблюдения результатов неизвращенных рефлекторных реакций человека.

Все сказанное с особой силой относится к условиям изучения высшей нервной деятельности ребенка. У детей особенно отрицательное отношение вызывает изоляция их из обычной для них среды»[1].

При учете социальной обусловленности поступков, поведения и различных реакций человека лечение больного не должно сводиться к воздействию на физиологические процессы, не должно ограничиваться медикаментозными средствами лечения. Лечебным, целительным фактором, иногда более важным, чем медикаментозный, должна быть вся окружающая больного обстановка.

Как известно, недавно в нашей стране возникла так называемая эстетотерапия (больница села Макаровка Киевской области). Эстетотерапия, т. е. ободряющее воздействие окружающей обстановки, чуткость и гуманное отношение лечащего персонала к больному, воздействуя на психику человека, оказывает положительное действие на течение биологических процессов в организме, усиливает терапевтические методы лечения.

Тезис: «основным объектом медицины является человек», нуждается в существенном дополнении. Объектом медицины является не просто человек, а человек в определенных условиях окружающей (производственной, бытовой и т. д.) среды. «Цель клинического исследования, — говорил А. А. Остроумов, — изучить условия существования человеческого организма в среде, условия приспособления его к ней и вскрыть корни расстройств, обусловленных ею».

Определение болезни и взгляд на болезнь должны в качестве обязательного условия учитывать влияние на организм социального фактора. Одной из особенностей болезни является нарушение исторически выработанных форм связи организма с окружающей средой, цементирующим и определяющим началом которой является социально-экономический фактор. «Болезнь — это есть реактивное нарушение обмена веществ в организме, выражающееся в морфологических,

---

[1] Д. А. Бирюков. Экологическая физиология нервной деятельности. Медгиз, М., 1960, стр. 119.

биохимических и психологических изменениях свойств его и возникающее вследствие нарушения взаимодействия организма с внешней средой с определяющей для человека ролью социальных условий»[1].

Рассматривая болезнь как некую функцию той среды, в которой живет больной человек, врач все свои советы и назначения должен сообразовывать с воздействием их на окружающую больного среду. «Социальная среда, которая окружает каждого человека, определяет его здоровье. Если врач, исследовав легкие, сердце, печень и другие органы человека и найдя какие-либо изменения, захочет только на основании этих данных поставить диагноз болезни, определить ее причины, он очень легко может ошибиться. Другое дело, когда врач будет знать условия быта своего больного (его заработок, жилище, питание, гигиенические навыки, культурный уровень), когда он будет знаком с условиями труда (профессиональные вредности) и т. д.»[2].

Другими словами, в борьбе с болезнями врачебное воздействие должно распространяться и на условия, породившие данное заболевание, на изменение этих условий, на установление былого, доболезненного, более или менее адекватного взаимодействия организма и окружающей среды.

«Если важно распознавание болезни, то насколько же важнее и существеннее умение диагностировать и устранять те санитарные недуги общества, которые являются причинами этих болезней и правильное лечение которых вернее спасает от болезней и смерти, нежели все лекарства и рецепты, вместе взятые. Как же не ставить выше всего в подготовке врачей те науки, которые изучают причины болезней и изыскивают средства к их предупреждению...»[3].

Человек — существо, стоящее на самой высокой ступени филогенетической лестницы. Человек — «это общественное животное». Это значит, что человек, с одной стороны, является заключительным звеном в длинной биологической цепи развития животного мира. С другой стороны, возникновение человека кладет начало качественно новому этапу развития живых существ, в основе которого лежит социальный фактор.

«Труд, — говорил К. Маркс, — есть прежде всего процесс, совершающийся между человеком и природой, процесс, в котором человек своей собственной деятельностью опосредует, регулирует и контролирует обмен веществ между собой и природой. Веществу природы он сам противостоит как сила при-

---

[1] Б. С. Сигал. Быт в СССР и за рубежом, 1930, стр. 6.

[2] В. П. Вогралик. Об основных руководящих положениях современной практической медицины. Ставрополь, 1946, стр. 18.

[3] Ф. Ф. Эрисман. Курс гигиены. Т. I. М., 1887, стр. 16—17.

роды... Воздействуя... на внешнюю природу и изменяя ее, он в то же время изменяет свою собственную природу»[1].

Нужно иметь в виду, что некоторые социальные явления могли возникнуть лишь на базе определенных биологических предпосылок. В частности, биологической предпосылкой речи как продукта социального развития являются голосовые рефлексы человекообразных обезьян, способности их к подражанию и т. д.

Человек до настоящего времени хранит в себе «пережитки» своего биологического прошлого. Например, при сопоставлении физиологических и морфологических свойств человека и человекообразных обезьян находят немало общего. В частности, доказано наличие четырех групп крови у человекообразных обезьян. В силу этого возможно переливание крови человека шимпанзе и наоборот. Человекообразные обезьяны могут заражаться так называемыми человеческими болезнями — туберкулезом, сифилисом, брюшным тифом и т. д. Много общего имеется и в патогенезе этих заболеваний. Познание И. И. Мечниковым некоторых проявлений биологического «тождества» человека и человекообразных обезьян имеет большое значение для экспериментальной медицины. Это позволило воссоздать экспериментальные модели ряда заболеваний.

В своем эмбриональном развитии человеческий зародыш как бы в краткой, конспективной форме воспроизводит путь филогенетического, исторического развития животных предков. До сих пор в яйцеклетках человека и высокоразвитых животных не найдено существенных различий биологического и морфологического характера. В течение «ранних стадий развитие у всех млекопитающих в основном протекает одинаково. Видовые особенности какой-либо формы появляются медленно и относительно поздно»[2]. Как у человека, так и у антропоидов имеется 32 зуба. Праворукость, правда, в неразвитой форме, присуща и антропоидам и т. д.

Более того, даже в походке человека, являющейся одним из следствий трудового, социального развития, не исчезли следы его биологических предков. В свое время Леонардо да Винчи подметил сходство в форме передвижения человека и животного. Как животное, так и человек, говорил Леонардо да Винчи, передвигают конечности «крест на крест, на манер конской рыси», «выбрасывая при ходьбе правую ногу, вместе с нею выбрасывает он левую руку и т. д.».

Если труд, преобразовавший и создавший человека, представляет собой сугубо социальное явление, то в самом процес-

---

[1] К. Маркс. Капитал. Госполитиздат, 1963, т. I, стр. 188.

[2] Б. И. Петтн. Эмбриология человека. Медгиз, М., 1959, стр. 18.

се труда человека необходимо видеть и социальную, и биологическую стороны. Это особенно важно для разработки гигиенических проблем и вопросов физиологии труда. Было бы неправильно труд рабочего механически сводить к физическому понятию работы или к совокупности различных физиологических, биохимических и механических процессов, к затрате нервно-мышечной энергии и т. д. Это лишь один, по существу биологический аспект проблемы труда. Это лишь физиологическая база, ни в коей мере не определяющая сущности труда. К. Маркс впервые вскрыл социальный аспект труда, под которым следует понимать конкретные социальные условия труда, отношение рабочего к процессу труда, обусловленные характером общественного строя, формами собственности и т. д.

При изучении физиологии труда передовых советских рабочих, особенно членов бригад коммунистического труда, нельзя не учитывать влияния политического и трудового подъема на физиологические процессы.

Еще в 30-х годах, изучая и обобщая опыт трудовой деятельности ударников на бетонных работах при строительстве Харьковского тракторного завода, Э. М. Коган писал: «Нет сомнения, что этот высокий эмоциональный подъем действительно способствовал мобилизации всех сил и ресурсов организма и что повышенный тонус симпатической нервной системы настолько активизировал важнейшие функции организма и внутренние процессы, связанные с работой, что в результате большая нагрузка выполнялась с соответственно невысоким утомлением» [1].

На различных уровнях развития жизненных процессов (физиологических и патологических) соотношение социального и биологического проявляется по-разному. В процессе изучения, переходя от «организменного» уровня к системному, от системного к органному, а от него к тканевому и клеточному («сверху» — «вниз»), наблюдается изменение соотношения между социальным и биологическим, определенное «угасание» социального, «оживление» и усиление биологического и наоборот.

При изучении уровней развития тех или иных процессов в организме как в норме, так и в патологии врач неизбежно сталкивается с проблемой общего и местного. В данном случае нас эта проблема интересует лишь с одной стороны: переоценка местного при соответствующем недоучете или игнорировании общего является одной из гносеологических предпосылок односторонне биологического воззрения на орга-

---

[1] Э. М. Коган. Опыт изучения труда ударников на бетонных работах строительства Харьковского тракторного завода. Врачебное дело, 1931, № 14.

низм. В самом деле, при изучении местного, как правило, дело имеют с клеточными, тканевыми, в крайнем случае органными, процессами. А на этом уровне жизнедеятельности физиологические и патологические процессы имеют более выраженную биологическую окраску (закономерности развития раковых клеток у человека и животных и т. д.). Характерна в этом отношении методология вирховианства. Метафизический взгляд на организм как на механическую сумму клеток, неимоверная переоценка самостоятельности составных частей организма неизбежно ведут к изолированию, противопоставлению организма и окружающей его среды, как природной, так и социальной.

Переоценка роли случайности в возникновении болезни — также одна из гносеологических предпосылок упрощенно-биологического воззрения на жизнедеятельность организма. В самом деле, если предположить, что болезнь — это случайное явление (случайное заражение, отравление, простуда и т. п.), то все внимание врача должно быть сосредоточено на изучении биологических механизмов защиты от этих экзогенных природных воздействий, на укреплении их биологически защитных свойств, на предотвращении случайного столкновения организма с подобными воздействиями и т. п.

Напротив, если считать, что возникновение, течение и определенный исход заболевания в конкретных условиях являются необходимыми, закономерными, то это будет ориентировать внимание врача на изучение тех самых условий и прежде всего социальных, которые определяют существование данной закономерности.

Случайным может быть заражение организма, но не его болезнь. В конкретных условиях связи организма и окружающей среды болезнь является выражением необходимости, закономерности. В силу этого и устранение болезни будет в решающей степени зависеть от коренного изменения окружающих условий, в том числе и так называемых микросоциальных условий.

Природно-биологические факторы, являясь случайными по отношению к болезни данного организма, обусловливают лишь возможность заболевания. Социально-экономические условия, в которых находится человек и которые способствуют укреплению или ослаблению биологических защитно-приспособительных сил организма, являются закономерными явлениями. В частности, микробный (биологический) фактор, проникший в организм, — это лишь возможность заболевания. В организме, истощенном и ослабленном непосильным трудом, плохим питанием и антисанитарными жилищными условиями, случайно проникший микроб неизбежно и закономерно порождает соответствующее заболевание. Следовательно, и в этио-

логии заболеваний различные природные и биологические факторы преломляются и опосредуются через социально-экономические условия жизни.

Советская медицина, стоящая на позициях диалектического материализма, исходит из того, что всякий этиологический фактор в конечном счете является производным окружающей среды, важнейшим компонентом которой для человека являются материально-производственные условия жизни. Подобный взгляд на этиологию не позволяет врачу замкнуться в узких рамках деятельности лечебных учреждений, а требует тщательного изучения факторов социальной этиологии, заключенных в производственных, бытовых и других условиях жизни человека.

Большая возможность для переоценки биологического фактора имеется при изучении так называемых наследственных заболеваний. Не лишены смысла высказывания некоторых ученых (Хогбен и др.), согласно которым наука со временем сможет создать такие условия среды, которые лишат возможности проявиться любому патологическому гену.

Буржуазные теории, ставящие, например, гипертоническую болезнь в полную зависимость от генотипа, в своей гносеологической основе построены на абсолютизации роли биологического момента. Сторонники подобных теорий говорят, что среди населения США гипертонической болезни более всего подвержены негры. В данном случае социально-экономическая сторона этой проблемы (низкий материальный уровень жизни негров, расовая дискриминация, способствующие заболеваемости) механически подменяется биологическим фактором, в частности генетическим.

Узкобиологический подход, игнорирующий роль социальных условий в возникновении заболеваний, как правило, ведет к фатализму, к терапевтическому нигилизму, к недооценке, а в ряде случаев и к полному отрицанию роли врачебной деятельности. В частности, «оценка склеротических изменений как неизбежных необратимых процессов «изнашивания» сосудов по сути дела отрицает лечебные возможности современной медицинской науки» [1].

Проявлением односторонне биологического подхода к организму человека является утверждение некоторых биологов о возможности в ближайшее время, вводя в кровь человека различные вещества, вызывать к жизни всевозможные гаммы чувств, начиная от чувства радости и кончая чувством эстетического удовлетворения. Здесь совершенно не учитывается, что, например, чувство эстетического удовлетворения

---

[1] В сб.: Некоторые вопросы теории и практики медицинской науки. Тезисы доклада Ю. М. Бала. Воронеж, 1960, стр. 24.

и другие аналогичные чувства — это особые, человеческие чувства, являющиеся результатом его длительного социального развития.

Анализируемый материал позволяет сделать вывод, что биологическое — это то, что генетически связывает человека с животным предком. Социальное же — это то, что возникло или подвергалось преобразованию под влиянием различных общественных условий и прежде всего общественного производства. Другими словами, социальное в человеке — это преобразованные в процессе общественного развития различные материальные, соматические и психические процессы.

«Индивид, — говорил К. Маркс, — есть общественное существо. Поэтому всякое проявление его жизни... является проявлением и утверждением общественной жизни» [1].

Следствием игнорирования качественных различий, существующих между человеком и животным, является механический перенос результатов, полученных в эксперименте на животных, на человека. «Животное, в лучшем случае, доходит до собирания средств существования, человек же производит, он создает такие жизненные средства (в широчайшем смысле этого слова), которых природа без него не произвела бы. Это делает сразу невозможным всякое перенесение, без соответственных оговорок, законов жизни животных обществ на человеческое общество» [2].

Нужно отличать биологические факторы в самом человеческом организме от внешних биологических факторов, с которыми сталкивается человек в процессе жизни (микробы в окружающей человека среде и т. д.). Нельзя также отождествлять биологические факторы с природными. Биологические факторы — это живые существа, располагающиеся по всей длине филогенетической лестницы, начиная с низших существ и кончая высшими. Природные факторы — это совокупность механических, химических и физических процессов (почва, климат, солнце и т. п.). Правда, в широком смысле слова в природу включается и растительный, и животный мир.

Иногда биологические закономерности у человека могут проявляться в более или или менее «чистом» виде (цвет кожи, волос, глаз и т. д.). Но, как правило, биологическое и социальное тесно переплетается. Например, рождаемость и смертность имеют под собой определенную биологическую основу. Но темпы рождаемости и смертности, быстрота смены поколений и т. д. зависят от различных социально-экономических факторов.

---

[1] К. Маркс и Ф. Энгельс. Из ранних произведений. Госполитиздат, 1956, стр. 590.

[2] Ф. Энгельс. Диалектика природы. Госполитиздат, 1955, стр. 249.

Для уяснения соотношения биологического и социального в развитии человека большой интерес представляет схема истории развития отдельных ветвей естествознания, данная Ф. Энгельсом:

I. Астрономия Механика Математика	II. Физика Химия	III. Геология Палеонтология Минералогия
IV. Физиология растений Физиология животных Анатомия		V. Терапевтика Диагностика

Рассматривая физиологию, анатомию, терапевтику и диагностику как заключительные фазы в длинном ряду развития естественных наук, Ф. Энгельс тем самым показал, что медицина связана с более сложными формами существования и развития материи. При этом терапевтика и диагностика, имеющие дело с человеком как существом социальным, могли превратиться в подлинные науки лишь тогда, когда в должной мере были изучены не только механические, физические и химические, но и биологические закономерности. Завершая длинный ряд наук о неорганической природе и группу наук биологического профиля, терапевтика и диагностика вплотную подошли к социальным, общественным наукам.

Являясь одной из ветвей естествознания, медицина занимает особое место в едином комплексе всех наук, так как изучает не просто человека как абстрагированное от окружающих условий существо, а человека, живущего в определенных социально-экономических условиях, оказывающих на него решающее влияние. Окружающая среда оказывает то или иное (оздоровляющее или болезнетворное) влияние на человеческий организм, предварительно преломившись через социально-экономические отношения общества. «Человек живет в обществе, влияние которого на его характер и привычки бесконечно сильнее непосредственного влияния природы» [1].

В силу этого распространение болезней в широких масштабах в капиталистических странах объясняется не столько действием «неустранимых» природных и биологических процессов, сколько воздействием искусственно созданных капитализмом социально-экономических условий.

Прогрессивный берлинский врач С. Нейман (1847) в книге «Охрана народного здоровья и собственность» писал: «...бóльшая часть заболеваний, отравляющих человеку существование или уносящих его преждевременно в могилу, объясняется не состоянием мертвой природы, а господствующими общественными отношениями. Медицинская наука по существу своему и своему внутреннему содержанию является

---

[1] Г. В. Плеханов. Сочинения. Т. 7. М.—П., 1923—1927, стр. 20.

социальной наукой, и пока это значение не будет учтено в практических мероприятиях, нельзя будет использовать всех плодов медицины».

В связи с осушением болот в Англии, которое снизило заболеваемость малярией, К. Маркс привел высказывание одного врача: «...та самая причина, которая уничтожила малярию, т. е. превращение в плодородную пашню земли, представлявшей болото зимой и скудное пастбище летом, вызвала необыкновенно высокую смертность среди грудных детей» [1]. По поводу этого К. Маркс указывал, что революционизирование земледельческой культуры сопровождалось широким внедрением капиталистических методов эксплуатации сельскохозяйственных рабочих и особенно женщин. Результатом этого явилось повышение детской смертности.

Преобразуя окружающую природу и создавая новые социально-экономические условия, человек не всегда и не сразу осознает и выявляет место и роль болезнетворных, патогенных факторов. Эти факторы как результат новых социально-экономических условий могут породить ряд болезней социально детерминированных (неврозы, психические сердечно-сосудистые заболевания и т. п.).

Постоянно происходящий рост психических заболеваний в США является результатом влияния определенных социальных условий: неуверенность в будущем, страх перед возможностью ракетно-ядерной войны, милитаристская пропаганда и т. д.

О том, что не биологические и расовые особенности, а социально-экономические условия и образ жизни человека обусловливают частоту распространения некоторых заболеваний, например атеросклероза, говорят многие данные. Например, ярко выраженный атеросклероз у японцев встречается приблизительно в 10 раз меньше, чем у жителей многих североамериканских штатов. В то же время у японцев, проживающих в Лос-Анжелосе, как и у американцев, частота атеросклероза одинакова.

Развитие антагонистического общества ведет к росту различных, так называемых социальных заболеваний. Более того, рамки социальных заболеваний все более расширяются. «Современная патология в какой-то степени является следствием самой доместикации (ангины, сезонные катары), урбанизации, моторизации труда и быта со скоростным транспортом и т. д., следствием внедрения человека в зоны с природной очаговостью болезней, в необычные климатические условия (полярные, воздушные, глубинные пространства); следствием широкого использования небезразличных ископаемых, при-

---

[1] К. Маркс. Капитал. Госполитиздат, 1963, т. 1, стр. 410.

родных и синтетических ядов, в том числе лекарств, с нередким злоупотреблением в быту (в значительной мере благодаря широкой и навязчивой рекламе), при низком санитарно-гигиеническом уровне народных масс, и отсутствием эффективных оздоровительных профилактических мероприятий для трудящихся в условиях капиталистического общества»[1].

Известно, что травматизм сам по себе зависит от определенных социальных факторов, в частности от степени применения техники безопасности и т. д. В настоящее время в связи с широким внедрением конвейерной системы и с перемещением тяжести рабочей нагрузки с мышечной системы на нервную, при увеличении скоростей как фактора повышения производительности труда в капиталистическом обществе все более усиливается нервная усталость рабочих. Утрата внимания вследствие нервной усталости является важным условием, способствующим росту травматизма среди рабочего класса буржуазного общества. Не случайно некоторые итальянские врачи предлагают выделить непосредственную нервную усталость в новую нозологическую форму заболеваний.

Для своего времени новая болезнь — рахит — получила название английской, так как она была широко распространена среди английских пролетариев, т. е. трудящихся первой капиталистической страны. Не только болезни трудящихся, но и эксплуататорских классов зависят от социально-экономических условий. Последние часто страдают от ожирения и ряда болезней обмена веществ (сахарный диабет и т. д.).

Возникновение так называемой промышленной патологии вместе с возникновением капитализма лишний раз говорит о социальном генезе многих заболеваний. Уже в мануфактурный период развития капитализма Рамаццини увидел некоторые профессиональные заболевания.

Было бы неправильно считать, что при социализме нет никаких социальных факторов, препятствующих борьбе с заболеваниями. Здесь имеются в виду пережитки прошлого, недостаточно высокий уровень санитарной культуры части людей и т. д. Отрицание негативного влияния социальных (бытовых, производственных и т. д.) факторов на состояние здоровья людей при социализме основано на механическом отождествлении таких понятий, как «социальный» и «классовый».

Общественные (социальные) отношения при социализме не исчерпываются и не сводятся лишь к классовым отношениям, так как первые по своему объему несравненно шире вторых. Например, языковые, семейные, национальные, технологические и тому подобные отношения, будучи тесно свя-

---

[1] Е. Н. Тареев. Новые и старые болезни. Советская медицина, 1959, № 1, стр. 19.

занными с классовыми отношениями, не сводятся к ним. Поэтому можно сказать, что в буквальном смысле слова (в смысле отсутствия гнета, эксплуатации) в нашем обществе нет социальных причин болезней. Но на данной ступени экономического развития нашего общества еще не созданы такие условия, которые полностью исключали бы возможность возникновения и распространения ряда заболеваний. У нас нет классово-антагонистических причин возникновения и распространения болезней, но есть определенные социальные условия, часто являющиеся наследием прошлого (недостаток жилья, недостаточно высокий материальный уровень жизни части людей и т. д.), которые тормозят и препятствуют борьбе с некоторыми заболеваниями. Отрицать наличие подобных причин — значит встать на путь лакировки действительности и не видеть тех факторов, которые пока еще препятствуют борьбе за сохранение здоровья советского человека. При анализе данной проблемы необходимо разобраться в соотношении таких важнейших категорий исторического материализма, как социальное и классовое.

Социальное (лат. socialis) — общественное, имеющее отношение к общественному строю и классовой структуре. Социальное — это синоним общественного, исторического, человеческого. Понятие «социальное» более широкое по своему объему по сравнению с классовым. Социальные факторы имеют место во всех общественно-экономических формациях, в том числе и в первобытно-общинном строе и будущем коммунистическом (бесклассовом) обществе. В антагонистических формациях в основе социального лежит классово-эксплуататорское начало. Но и там социальное не исчерпывается классовым.

Основу социальной, общественной жизни в первой фазе коммунистической формации составляет классовое, но не антагонистическое начало. При полном коммунизме с исчезновением классов жизнь общества не перестанет носить социального характера.

Человек — существо общественное, социальное. Поэтому и болезни являются социальными в широком смысле слова. Болезни человека — болезни социального существа. В различных болезнях социальная сторона выражена неодинаково. Влияние социального фактора колеблется в рамках весьма широкого диапазона—от внешней, иллюзорной независимости от социального фактора до отчетливо видимого влияния этого фактора. Суживание понятия социальных болезней до предельно малого объема — характерная черта буржуазных социал-гигиенистов. При помощи этого они пытаются реабилитировать капиталистический строй как важнейшее условие широкой заболеваемости и смертности трудящихся.

Социальную этиологию заболеваний в антагонистических формациях можно назвать классовой этиологией заболеваний, так как основой заболеваемости там является наличие эксплуатации одним классом другого, лишение эксплуатируемого класса средств существования и т. д.

Классовая этиология заболеваний имела место и в нашей стране — в переходный период от капитализма к социализму. С ликвидацией эксплуататорских классов и построением социализма, с вступлением нашей страны в период развернутого строительства коммунизма в СССР исчезла классовая этиология заболевания. Но у нас существует социальная этиология заболеваний, в основе которой лежат следующие основные факторы.

1. Недостаточное развитие (по сравнению с высшей фазой коммунизма) материально-технической и бытовой базы общества — материальный уровень, жилищная проблема, проблема выбора профессии и т. д. Современность — это социальный узел, в котором завязано прошлое, настоящее и будущее.

2. Наличие пережитков прошлого в быту, сознании и поведении части людей (например, исполнение религиозных обрядов — крещения, причащения и т. п. — часто способствует заболеваемости).

3. Субъективные причины. Например, противоречие между технологической и санитарно-гигиенической целесообразностью. В частности, при использовании в угольной промышленности высокопроизводительных комбайнов не были полностью решены вопросы предотвращения слишком большой вибрации, запыленности и т. д.

4. Возникновение «непредвиденных патогенных факторов» в процессе развития производства, науки и техники.

По мере приближения к коммунизму влияние первых трех факторов на здоровье людей будет ослабляться, а в последующем полностью прекратится, так как с построением коммунизма они исчезнут. Четвертый же фактор будет действовать всегда. Отрицание социальной этиологии (в широком смысле слова) заболеваний в нашей стране на современном этапе ее развития дезориентирует медицину и здравоохранение, ослабляет ее внимание к вопросу о необходимости преодоления тех социальных факторов, которые в той или иной мере препятствуют борьбе с имеющимися заболеваниями.

Отрицание социальной этиологии заболеваний — это своеобразное возрождение теории бесконфликтности развития при социализме применительно к медицине и здравоохранению. Отрицание социальной этиологии заболеваний в наших условиях в конечном счете ведет к недооценке профилактики, к сужению ее рамок, к низведению профилактики, по существу к личной гигиене и чистоплотности и т. п.

Ошибочные теории, отрицающие наличие социальной этиологии заболеваний в современных условиях развития нашего общества, имеют свой прототип во взглядах, согласно которым пережитки прошлого в нашей стране якобы обусловлены лишь отставанием общественного сознания от общественного бытия, относительной самостоятельностью развития сознания и влиянием буржуазной идеологии. Подобный взгляд на существование пережитков прошлого в сознании некоторых людей также не учитывает тех реально существующих социально-экономических факторов, которые поддерживают или тормозят преодоление данных пережитков. Исходя из правильного положения об отсутствии классовых основ существования пережитков прошлого в сознании части наших людей, некоторые авторы делают обобщающий вывод об отсутствии всяких социально-экономических факторов, в той или иной степени влияющих на существование пережитков прошлого.

Наличие социально-экономических законов предоставляет лишь возможность развития общества в том или ином направлении. Деятельность масс, классов, партий и личностей — это важнейший компонент, который превращает возможность в действительность.

Социализм — это здоровье (Н. А. Семашко). Однако нельзя думать, что социалистический строй сам по себе, самотеком, автоматически обеспечивает здоровье людям. Социализм предоставляет только реальную возможность для оздоровления среды, производства, быта и т. д. Использование же этой возможности зависит от субъективных факторов, в том числе от деятельности органов здравоохранения, от использования достижений медицины и т. д.

Наличие ряда заболеваний, их стабильности в условиях победившего социализма в значительной степени обусловлено прямым или косвенным влиянием наследия дореволюционного прошлого, характеризующегося отсталой экономикой, бытом, культурой и т. д.

Кроме того, нельзя не учитывать патогенного влияния капиталистического окружения, существовавшего вплоть до образования мировой системы социализма; войн, развязываемых и подготавливаемых империализмом; диверсий, попыток установления экономической блокады и т. п. Бюрократизм как пережиток прошлого, многоликость форм его проявления также травмируют психику людей.

Исходя из сказанного, можно сделать вывод, что с построением социализма исчезает социальная природа патологии в узком смысле слова, в смысле отсутствия гнета, эксплуатации и т. д. Социалистические производственные отношения, экономический базис нашего общества не только не способствуют возникновению болезней, но и *создают благоприят-*

ные условия для ликвидации заболеваний. Социалистические производственные отношения, экономический базис нашего общества являются важнейшим оздоровляющим фактором. Экономический базис социализма заключает в себе в диалектическом единстве социальные и гигиенические цели. Но «это не значит, что болезни исчезнут совсем; болезни останутся как выражение отношения человека к природе, как выражение еще недостаточности и ограниченности наших знаний в переделке всей природы и переделке собственно человеческой природы. Природные факторы (метеорологические, гидрологические и др.) проявляются в определенной социальной среде, ...опосредуются условиями труда и быта, и... сама так называемая естественная среда является в значительной степени продуктом трудовой человеческой деятельности...» [1].

Отождествляя социальное и классовое, некоторые авторы приходят к отрицанию всяких социальных предпосылок заболеваемости при социализме. Например, Д. Д. Федотов и Э. А. Бабаян пишут: «Мы не имеем социальных предпосылок для алкоголизма... Пороки воспитания, дурные традиции, подражательство — вот причины алкоголизма в нашем обществе»[2]. Перечисленные указанными авторами причины алкоголизма относятся к категории духовных, психологических.

Конечно, в классовой структуре и экономическом базисе нашего общества нет причин, порождающих алкоголизм. Но в других сторонах социальной жизни нашего общества еще могут быть факторы, тормозящие борьбу с алкоголизмом. Указанные выше авторы по существу вынуждены это признать: «Очень часто у истоков хронического алкоголизма стоит неблагополучный быт. Он же служит подчас причиной болезни или так называемых запоев. Следовательно, врач, если он добился теми или иными способами подавления у больного патологического влечения к алкоголю, обязан активно вмешиваться в непосредственную окружающую среду больного с тем, чтобы исключить из нее всякого рода неблагоприятные факторы. На очереди стоит разработка методов о з д о р о в л е н и я м и к р о с о ц и а л ь н о й с р е д ы (разрядка наша. — *Г. Ц.*) — семьи, ближайшего окружения, т. е. в конечном счете речь идет о борьбе за здоровый быт»[3].

Другими словами, борьба с алкоголизмом не должна ограничиваться психотерапевтическими мероприятиями и медикаментозными процедурами, способными лишь выработать и поддержать отрицательный рефлекс к алкоголю, т. е. она не должна замыкаться в узкие рамки биологического воздей-

---

[1] Г. А. Б а т к и с. Социальная гигиена. Биомедгиз, 1936, стр. 29.
[2] Алкоголизм. М., 1959, стр. 6.
[3] Т а м ж е, стр. 8.

ствия. Активно вмешиваясь в среду, которая окружает страдающего алкоголизмом, оздоровляя его быт, так называемую микросоциальную среду, врач расширяет и усиливает диапазон своего воздействия.

«Признание ведущей роли социальных факторов в этиологии алкоголизма, — говорит А. М. Раппопорт, — не снимает задачи изучения патогенеза алкогольных заболеваний, механизмов патологического влечения и привыкания к алкоголю, запойных приступов, алкогольной абстиненции, роли различных предрасполагающих к алкоголизму факторов» [1].

Переоценка социальных факторов в возникновении алкоголизма также может лишить врача правильной научной ориентации в этом сложном вопросе. О наличии биологической, точнее патофизиологической основы алкоголизма говорит то обстоятельство, что при одинаковых условиях жизни не все люди становятся алкоголиками.

Правда, это не означает, что можно делать вывод о специфической предрасположенности (конституциональной, наследственной и т. п.) к алкоголизму. Еще Б. Раш (1786) писал, что ему известны случаи, когда алкоголизм передается от отца 4 братьям из 5 его детей, что он видел братьев-алкоголиков, у которых родители были трезвенниками, и слышал, что алкоголизм распространяется во всей семье, состоящей из людей, которые прежде не находились в родственных отношениях.

Здесь речь, видимо, должна идти о том, что у людей могут быть такие особенности в складе их высшей нервной деятельности, в реактивности организма, в подвижности физиологических реакций и т. п., которые при всех прочих равных условиях в определенной среде облегчают, ускоряют возникновение алкоголизма. Если это и можно рассматривать как предрасположение к алкоголизму, то оно должно рассматриваться как неспецифическое, так как, во-первых, наличие такого рода предрасположения не означает готовности заболеть алкоголизмом, не означает неизбежности его возникновения, а во-вторых, алкоголизм может возникнуть и при отсутствии такого предрасположения, которое, таким образом, играет роль лишь необязательного условия в генезе данного явления. Резкое снижение числа лиц, страдающих алкоголизмом, при социализме по сравнению с капитализмом позволяет сделать вывод, что социальные факторы являются основными, решающими, в то время как биологические — лишь предрасполагающими, не необходимыми.

В системе производственных отношений, в классовой структуре нашего общества отсутствуют социальные факторы,

---

[1] Алкоголизм. М., 1959, стр. 29

которые могли бы способствовать заболеваемости. Этим прежде всего и следует объяснить коренные изменения показателей здоровья и смертности при социализме.

О положительном влиянии социально-экономических условий на здоровье трудящихся говорят сопоставимые данные естественного прироста численности населения в СССР и капиталистических странах. Сейчас у нас естественный прирост на 1000 населения несравненно выше, чем в большинстве капиталистических стран.

В Программе КПСС говорится о важнейших задачах дальнейшего увеличения продолжительности жизни советских людей, если исходить из того, что увеличение продолжительности жизни — это прежде всего социальная проблема.

Организм человека проходит последовательную смену циклов развития: детство, юность, зрелость, старость и смерть. Подобная смена циклов развития является закономерной и биологически неизбежной. Завершающим этапом этого многоступенчатого биологического процесса является смерть. Таким образом, биологическое бессмертие невозможно. Но невозможность биологического бессмертия не исключает, а, наоборот, при наличии благоприятных социальных условий предполагает возможность достижения биологического долголетия.

«...В условиях советского общественного строя созданы все возможности для успешного разрешения проблемы (долголетия. — *Г. Ц.*) не только в узкобиологическом плане, но и с позиций широкой личной и общественной профилактики», — говорится в решении Коллегии Министерства здравоохранения СССР от 16/V 1957 г.

Известно, что за годы советской власти число долголетних постоянно увеличивается, в то время как в капиталистических странах оно постоянно сокращается. А. А. Богомолец говорил, что преждевременное старение обусловлено главным образом социальными причинами. Это говорит о решающей роли социальных условий в продолжительности жизни. Так называемая обычная, укороченная жизнь (60—70 лет) по мере приближения к коммунизму все более будет становиться исключением, а увеличение длительности жизни до 100 лет и более будет становиться правилом.

Совершенствование системы здравоохранения, развитие медицины, охрана труда, развертывание жилищного строительства, оздоровление труда и быта, всестороннее и гармоническое развитие личности, подъем материального и культурного уровня, т. е. успешное выполнение грандиозной программы коммунистического строительства — важнейшая социальная предпосылка резкого увеличения продолжительности жизни советских людей.

Безусловно, социально-профилактические меры не в состоянии «... ставить своей задачей ликвидацию смерти и предшествующей ей старости, сопровождающейся упадком и увяданием всех жизненных функций. Ее задача — отодвинуть на возможно более поздний срок наступление неизбежного угасания всех психофизических сил человека и сохранить возможно более долго социальную ценность человеческой жизни»[1].

Длительность жизни имеет и определенные биологические предпосылки. Это выражается в том, что длительность жизни является результатом продолжительности исторического развития вида. Но длительность жизни как видовой признак не проявляется автоматически, а обусловливается конкретными условиями жизни организма. Она зависит не только от окружающей среды, но и от индивидуальных условий жизни. Таким образом, изучение проблемы долголетия предусматривает наряду с изучением внутренней среды организма (биологический аспект) и среды его обитания, главным образом общественной среды (социальный аспект).

Соотношение социальных и биологических факторов в зависимости от возраста проявляется специфически. В этой связи весьма интересны высказывания, содержащиеся в статье Ф. Бресленда «Эмоциональные нарушения в пожилом возрасте как проблема психиатрии»[2].

Параллельно дегенерации в тканях, указывает Бресленд, происходит ослабление «гомеостазических» способностей организма. Эмоциональное напряжение само по себе содействует нарушению гомеостазиса; именно в пожилом возрасте сверхсильных раздражителей более чем достаточно, причем падают они на организм слабеющий как в физическом, так и в психическом отношении, что создает дополнительные трудности для адаптации. Старение — в одинаковой мере как биологический, так и социально-психологический процесс. Сверстники уходят из жизни, человек начинает чувствовать, что он утрачивает прежние физические и умственные способности, что он хуже справляется с работой, что его общественное и экономическое положение становится неустойчивым. Все это составляет источник тревоги и страха перед будущим... Эмоциональное напряжение, накапливаясь годами, приобретает характер хронического, психического гнета, который в сочетании с биологическими изменениями в организме ускоряет наступление сенильных изменений психики. Этому содействуют и современные условия жизни, рассчитанные на людей

---

[1] С. А. Томилин. Социально-медицинская профилактика. Госмедгиз УССР, 1931, стр. 172.

[2] F. Braceland. Emotional and psychiatric problems of aging. Bull. New York akadem. medicine, 1956, 32, 9, p. 625—634.

молодого возраста, психически мобильных, способных к быстрому переключению и адаптации к меняющимся условиям.

Конечно, в высказывании Бресленда наряду с глубокими и верными мыслями, вскрывающими особенности соотношения биологических и социально-психических факторов, содержатся и выводы, навеянные характером эксплуататорского строя, его антигуманистической идеологией.

Из всего сказанного следует, что многочисленные теории старения (Гербехта—Коршельта, Рубнера—Леба, И. И. Мечникова и А. А. Богомольца и др.), основанные на изучении патологической преждевременной старости и переоценивавшие роль тех или иных органов и систем в процессе старения без учета целостного человеческого организма, испытывающего решающее влияние социальной среды, являются односторонними и часто неправильными.

Если здоровье людей в конечном счете зависит от всей совокупности социально-экономических условий, т. е. если оно социально детерминированно, то и болезни людей также социально обусловлены. Говорить о социальной обусловленности здоровья и отрицать социальную обусловленность заболеваемости — значит вступать в неразрешимое противоречие с логикой, практикой, жизнью.

Болезням подвержены растения, животные и люди. Различия же между ними не исчерпываются их различным местонахождением на ступенях длинной филогенетической лестницы. В биологическое русло течения болезни человека врывается мощная социальная струя, подвергающая резкому изменению характер возникновения, развития и исхода болезни.

Нужно видеть коренное, качественное различие в негативном действии социальных условий на здоровье населения при капитализме и социализме. При социализме, где отсутствует эксплуатация и безработица, где создана эффективная система охраны здоровья трудящихся и обеспечена возможность выбора профессии в соответствии с личными способностями и наклонностями человека и т. п., созданы весьма благоприятные условия для борьбы с различными заболеваниями.

Каждая эпоха крупных социально-экономических преобразований характеризуется определенной закономерной тенденцией изменения патологии — сокращения, увеличения или качественного изменения характера этой патологии. Указанные моменты могут выступить в самых различных взаимоотношениях.

Если для животного окружающая среда — это только природная, естественная среда, то для человека в понятие среды (помимо природы) входят производственные, экономические отношения. Более того, влияние так называемой естественной, природной среды на человеческий организм, на его здоровье

и заболеваемость преломляется через общественно-производственные отношения. Являясь важнейшим средовым фактором, экономический базис каждой общественной формации оказывает решающее влияние не только на уровень рождаемости и смертности населения, но и на характер и масштабы заболеваемости людей. «Помимо естественной среды, окружающей человека, — биосферы, литосферы, гидросферы и атмосферы — среду человека составляют производственные отношения — общественная формация накладывает свою печать на патологию. Заболеваемость, структура, уровень и течение болезней, смертность и летальность определяются в конечном счете социально-экономическими факторами. Поэтому каждая общественная формация выдвигает собственные требования в области здравоохранения»[1].

Различные социальные факторы в рамках той или иной общественной формации также оказывают существенное влияние на характер патологии людей. Например, в результате первой мировой и гражданской войны, в результате резкого изменения питания «... многие болезни приобрели не свойственное им течение и проявили не те симптомы, которые им присущи и точно установлены для них наблюдениями старых врачей»[2].

Влияние социально-экономических факторов на заболеваемость в указанный период выражалось еще и в том, что многие болезни, сопровождающиеся нарушением обмена веществ и в определенной мере являющиеся результатом обильного питания (сахарный диабет, ожирение, подагра), резко сократились.

Е. М. Тареев весьма обоснованно говорит о наличии тенденции к изменению патологии в нашей стране за истекшие 40 с лишним лет. В результате резкого изменения условий жизни, санитарно-гигиенического улучшения труда, быта и т. д. изменилась реактивность организма, увеличилась средняя длительность жизни с соответствующим передвижением по возрастной шкале трудоспособности и т. д.

Нельзя правильно понять изменения структуры заболеваемости в нашей стране, в частности некоторое увеличение сердечно-сосудистых и некоторых других заболеваний, если не учесть глубоких социально-экономических изменений. Структура заболеваемости меняется в результате изменения возрастного состава населения, в результате увеличения средней продолжительности жизни населения нашей страны на основе улучшения условий жизни. Указанные явления ведут к повы-

---

[1] Ф. Виды-Вирски. Об основных проблемах истории медицины Медгиз. М., 1961, стр. 135.

[2] М. Кончаловский. Болезни и среда Революция и культура, 1928, № 13, стр 35

шению «... удельного веса „болезней осени" человека — таких, как атеросклероз с его последствиями (инфаркт миокарда и др.), злокачественные опухоли (легких, желудка и др.), гипертоническая болезнь...»[1].

Одной из характерных особенностей развития современной медицины является наличие глубоких сдвигов в заболеваемости и смертности, обусловленных рядом социально-экономических и санитарно-гигиенических мероприятий.

По мнению И. В. Давыдовского, при историческом развитии человека в зависимости от меняющихся условий труда и социальных взаимоотношений, а также в результате воздействия самого человека на окружающую среду, ведущего к изменению характера действующих на него внешних факторов, меняются и условия развития болезней, их этиология и патогенез.

Помимо этого, меняющиеся социальные условия обусловливают и изменение нервно-психических реакций человека. Последние, как известно, оказывают значительное влияние на характер и течение заболеваний. Новые условия жизни, по мнению И. В. Давыдовского, могут вести к полной элиминации некоторых старых болезней. Кроме того, они могут вести к созданию новых болезненных форм при сохранившихся тех же этиологических факторах (вариолоид как своеобразная разновидность истинной оспы у вакцинированного и т. д.).

Необходимо обратить особое внимание на весьма важный тезис И. В. Давыдовского, что социальные факторы придают болезням человека, их патогенезу такую специфичность, которая позволяет ставить особняком вопрос о патологии человека и о новых, лишь человеку присущих патогенетических закономерностях.

У человека, как отмечает А. Д. Адо, социально опосредованы все этапы развития болезни, начиная с действия любой болезнетворной причины (инфекция, травма, простуда) и кончая последней стадией развития болезни (например, агония, так как на этой стадии развития болезни предотвратить смерть врач может только с помощью современных методов оживления).

Образ жизни, условия труда как производное от социально-экономических факторов социализма на том или ином этапе в определенной степени могут способствовать возникновению некоторых заболеваний.

Обследуя большую группу рабочих различных профессий, сотрудники Института терапии Академии медицинских наук СССР пришли к выводу, что гипертоническая болезнь преоб-

---

[1] Е. М. Тареев. Новые и старые болезни. Советская медицина, 1959, № 1, стр. 22.

ладает у лиц, у которых деятельность постоянно связана с перенапряжением нервной системы (телефонистки, телеграфистки и др.). В свою очередь А. А. Багдасаров указывал на патогенную роль производственных шумов. Так, например, среди рабочих кондитерской фабрики в шумном карамельном цехе гипертоническая болезнь была отмечена у 15% обследованных, а в спокойном, тарном цехе — у 2,9% больных.

Образ жизни человека как продукт социально-экономического развития играет бо́льшую, а иногда и определяющую роль в характере и масштабе заболеваний. Многие ученые (например, И. В. Давыдовский и др.) сердечно-сосудистые заболевания относят к категории устойчивых и растущих заболеваний. Безусловно, некоторый рост сердечно-сосудистых заболеваний обусловливается теми существенными сдвигами, которые происходят в социальной жизни общества и в образе жизни людей.

О социальной обусловленности ряда сердечно-сосудистых заболеваний (например, гипертоническая болезнь) говорит и то, что они как таковые присущи только человеку. Даже генетически близкая человеку обезьяна не поражается, например, гипертонией, атеросклерозом и др. в такой форме, в какой это присуще человеку. Большинство сердечно-сосудистых заболеваний являются не просто единичными и индивидуальными, а видовыми болезнями, поражающими человека как социальное существо.

Известно, что в отличие от животных, у которых неврозы являются чисто биологическими заболеваниями, у человека они социально детерминированы. «Ибо биологический раздражитель, прежде чем вызвать соответственные изменения в коре больших полушарий человека, проходит и преломляется через призму социального и становится качественно иным раздражителем, в котором биологическое „снимается“ социальным» [1].

Методологической основой профилактического направления советской медицины является признание решающего влияния социального фактора на здоровье и заболеваемость людей. Если не видеть качественного отличия болезней человека от болезней животного, если ограничиваться изучением биологических свойств организма, то профилактика как совокупность широких социально-гигиенических мероприятий общегосударственного медицинского характера будет низведена до уровня так называемой личной чистоплотности. Вот почему недопустимо суживать и биологизировать профилактику. Профилактика имеет своим содержанием не столько

---

[1] А. Т. Пшоник. Кора головного мозга и рецепторная функция организма. М., 1952, стр. 236.

медико-биологические, сколько широкие социальные оздоровительные мероприятия.

Важнейшей функцией советской медицины является борьба за оздоровление окружающей человека природной и социальной среды.

Выступая против одностороннего биологического взгляда на болезнь, С. А. Томилин говорил, что всем врачам необходимо «преодолеть громадную дистанцию от рецепта и скальпеля до социальных концепций Маркса» [1].

На основе диалектико-материалистического мировоззрения советская медицина рассматривает болезнь как процесс, детерминированный в конечном счете вредностями окружающей среды и ее главного компонента — социальными условиями.

«Взгляд на болезнь, — говорил Н. А. Семашко, — как на социальное явление важен не только как правильная теоретическая установка, но и как плодотворная рабочая доктрина. От этого взгляда ведут свои научные корни вся теория и вся практика профилактики» [2].

Конечно, было бы неправильно абсолютизировать и переоценивать социальное начало болезни, так как в любой болезни — в ее течении и содержании — имеется определенная биологическая основа. В самом деле, в течении многих болезней, присущих людям разных классов и даже разных эпох, есть ряд общих, закономерных особенностей, характеризующих ее биологическую сущность. Но и это биологическое начало претерпело определенные изменения в процессе социальной эволюции человека.

В постановлении Совета Народных Комиссаров СССР от 15 октября 1932 г. говорится, что основной задачей создаваемого Всесоюзного института экспериментальной медицины является «...изучение человека в его биологической сущности и взаимоотношениях с окружающей его внешней и социальной средой».

Взаимосвязь социального и биологического факторов в жизнедеятельности человека обусловливает необходимость диалектического синтеза медико-биологических наук с социально-экономическими и философскими науками, помогающими вскрывать общественную обусловленность как здоровья, так и болезней людей.

Не учитывая социального фактора, нельзя понять сущности многих заболеваний. Врач всегда должен исходить из того, что болезни, присущие человеку как социальному суще-

---

[1] С. А. Томилин. Социально-медицинская профилактика. Госмедгиз УССР, 1931, стр. 31.

[2] Цит по А. А. Богомольцу Избранные труды. Т. 3. Киев, 1958, стр. 28

ству, качественно отличаются от болезней животных, от болезней биологических сообществ животных. В основе этого явления лежит социальная детерминированность человека. Не случайно современная медицина ряд болезней рассматривает как болезни человеческого вида, человеческой расы.

Человек в одно и то же время является биологическим и социальным существом. Биологическая и социальная стороны в человеке представляют диалектическое единство противоположностей. Как биологическое существо человек входит в сферу действия общих законов природы, которые обусловливают развитие всех живых существ (единство организма и среды, питание, наследственность, размножение и т. д.). В этом отношении определение жизни как формы существования белковых тел, данное Ф. Энгельсом, одинаково относится и к человеку, и к другим видам живых существ. Пользуясь категориями материалистической диалектики, можно сказать, что данное определение Ф. Энгельса вскрывает то всеобщее, что присуще самым различным представителям органического мира, находящимся на различных ступенях филогенетической лестницы. Но, помимо всеобщего, человек характеризуется и тем особенным, что качественно отличает его от всех видов животных и что обусловливается социально-экономическими закономерностями.

Говоря о социальных аспектах медицины, нужно указать на следующее: во-первых, ряд болезней имеет более выраженную социальную этиологию (например, гипертоническая болезнь, атеросклероз и др.); во-вторых, патогенез болезней человеческого вида имеет ряд специфических особенностей по сравнению с болезнями животных; в-третьих, все болезни людей имеют определенные социальные последствия (потеря производительного труда, рабочего времени и т. д.).

Было бы глубоким заблуждением рассматривать социальную природу человека как простое количественное совершенствование форм связи биологических сообществ. Возникновение и развитие человека ознаменовало качественный скачок в развитии живой природы.

Было бы неправильно считать, что человек в своей жизнедеятельности, с одной стороны, подчиняется биологическим закономерностям, абсолютно тождественным закономерностям животного, а с другой — закономерностям социального характера. Биологические закономерности, присущие человеку, могут существенно отличаться от аналогичных закономерностей животных, так как они претерпели значительное изменение в процессе развития человеческого общества. Высшие формы движения материи включают в себя в качестве подчиненных низшие, но никогда не исчерпываются ими.

Нельзя правильно осмыслить развитие медицины и здравоохранения, если подходить к ним с позиций узкого биологизма. Например, если смертность населения в той или иной стране рассматривать как результат действия биологических закономерностей (смерть как следствие угасания жизни и достижения предельно возможного долголетия), то нельзя будет объяснить факты высокой детской смертности в капиталистических, колониальных и зависимых странах и ряд других аналогичных явлений. При этом нужно учесть, что детская смертность по сравнению с общей несравненно больше зависит от характера социальных условий общества. Французский ученый Бертильон, используя показатели детской смертности от инфекций ряда западноевропейских столиц, пришел к выводу о прямой зависимости смертности от уровня экономической состоятельности жителей. Если бы смертность обусловливалась действием только одних биологических закономерностей, то случаи смерти, как правило, встречались бы лишь в старческом возрасте, с небольшими отклонениями от определенного возраста жизни. Некоторые различия в смертности (несколько более высокая смертность мужчин по сравнению с женщинами) лишь с внешней, кажущейся, стороны имеют биологическую основу. В действительности же они социально детерминированы. В конце XIX—начале XX века эти различия в ряде капиталистических стран составили 1,2%. Более широкое вовлечение женщин в производственную жизнь капиталистического общества нивелировало эту разницу, привело к выравниванию показателей общей смертности как среди мужчин, так и среди женщин.

Научное понимание проблемы рождаемости также возможно лишь при строгом учете действия социально-экономических закономерностей. Общеизвестен различный уровень рождаемости у представителей эксплуататорских и эксплуатируемых классов. Для крупной земельной, промышленной и финансовой буржуазии, как правило, характерен низкий уровень рождаемости. На этой основе происходило вымирание старых дворянских родов, а сейчас происходит вымирание родов промышленной и финансовой буржуазии. Социальной основой указанных процессов является концентрация собственности, боязнь ее дробления и т. д.

Напротив, сравнительно высокая рождаемость среди крестьянства в ряде буржуазных стран обусловлена той ролью семьи, которую она играет при мелком товарном производстве. Замена же мелкого товарного производства крупным буржуазным сельскохозяйственным производством ведет к резкому понижению рождаемости среди крестьянского населения. Высокий процент распространения психических заболеваний в капиталистическом мире, особенно в США, также

зависит не от биологических и расовых особенностей населения этих стран, а от патогенного воздействия социальных факторов.

Следовательно, учет социальных закономерностей является крайне необходимым при изучении всех важнейших проблем современного здравоохранения и медицины.

Одна из важнейших социальных функций медицины — охрана здоровья трудящихся как производителей материальных и духовных ценностей общества. «Сейчас лозунгом всего нашего хозяйственного строительства... является поднятие производительности труда. Владимир Ильич еще в 1919 г. подчеркнул сохранение живой рабочей силы как необходимое условие хозяйственного развития» [1].

Имея в виду социально-экономическую роль здравоохранения, В. И. Ленин на I Всероссийском съезде по внешкольному образованию в 1919 г. говорил: «Нас отбросила назад, к варварству, империалистическая война, и, если мы спасем трудящегося, спасем главную производительную силу человечества — рабочего, — мы все вернем, но мы погибнем, если не сумеем спасти его...» [2].

Эти ленинские положения говорят о социальной значимости врачебного труда. Но можно ли на этом основании рассматривать деятельность по охране здоровья как материально-производственную? Говоря о большом и все возрастающем социально-экономическом значении труда медицинских работников, нельзя в то же время становиться на путь упрощенчества и вульгаризации этого вопроса. Сам по себе труд по охране здоровья не овеществляется в каких-либо предметах труда и потребления. В этом смысле он не является материально-производительным трудом. Кроме того, оплата труда медицинских работников производится за счет фондов, создаваемых в других материальных сферах производства.

Из сказанного следует, что труд по охране здоровья людей является материально-непроизводительным трудом, действующим в области потребительных услуг.

Известный польский историк медицины Феликс Виды-Вирски в работе «Об основных проблемах истории медицины» рассматривает труд по охране здоровья как непроизводительный общественно полезный: «...мы можем охарактеризовать труд врача, фармацевта, фельдшера, медицинской сестры, акушерки, лаборанта, больничных, санаторных работников как непроизводительный общественно-полезный труд»[3]. Но

---

[1] Н. А. Семашко. Избранные произведения. Медгиз, 1954, стр. 72

[2] В. И. Ленин. Сочинения, т. 29. Изд. 4-е, стр. 334—335.

[3] Ф. Виды-Вирски. Об основных проблемах истории медицины. Медгиз, 1961, стр 27.

это не означает, справедливо замечает Ф. Виды-Вирски, отрицания экономической значимости услуг здравоохранения.

Выполняя поставленные Программой КПСС важнейшие задачи по охране здоровья трудящихся, сокращая потери рабочих дней из-за болезни, продлевая активную творческую жизнь трудящимся и т. д., социалистическое здравоохранение и медицина являются важнейшим рычагом социально-экономического прогресса нашего общества на пути к коммунизму.

Одной из важнейших задач медицины является выявление «пропорции», соотношения между социальными и биологическими факторами в этиологии и патогенезе заболеваний. При этом большую опасность для познания объективной истины представляет переоценка роли тех или иных закономерностей. Игнорирование биологических основ и закономерностей болезни так же опасно и вредно, как и недооценка социальных причин и закономерностей заболеваний. Принижение роли биологических закономерностей также делает невозможной целенаправленную профилактику и специфическую (этиологическую и патогенетическую) терапию. В самом деле, при недооценке, например, биологических особенностей возбудителей гриппа и катара верхних дыхательных путей, их эпидемиологических, иммунологических и клинических особенностей нельзя рассчитывать на успешное изыскание действенных средств специфической и неспецифической профилактики и терапии данных заболеваний.

Иногда встречается непомерная социологизация содержания болезни. Болезнь человека рассматривается как социальное явление. Это неверно. Содержание и течение болезни — это прежде всего биологический процесс. Болезни людей, занимающих различное положение в социальном, материальном и политическом отношении, развиваются по единым биологическим законам.

В последнее время среди части эпидемиологов было распространено упрощенное мнение об эпидемиях как лишь о социальных явлениях. Эпидемии ставились в один ряд с другими типично социальными явлениями. При таком подходе, при абсолютизации социальной стороны эпидемий, явно недооценивалась их биологическая основа, что дезориентировало научные изыскания и практическую деятельность эпидемиологов.

В ряде случаев встречается другая крайность — биологизаторский и натуралистический подход к изучаемым медицинским явлениям. Например, среди некоторых травматологов и ортопедов бытует мнение, что причиной всевозможных травм является промышленное, сельскохозяйственное производство, уличное движение, бытовые условия, спорт и т. д. При подобном натуралистическом подходе технологический процесс механически отождествляется с условиями труда.

Травматизм не неизбежно сопутствует машинному производству. Форсированные темпы индустриализации в СССР и в странах народной демократии при одновременно резком снижении травматизма являются наглядным опровержением этого вывода. Не сам по себе технологический процесс, а условия труда, порождаемые социально-экономическими факторами, природой социального строя, могут быть благоприятными или неблагоприятными для здоровья трудящихся. Взгляд на производство, уличное движение и т. д. как причины травматизма практически ведет к недооценке роли профилактики, к недооценке роли техники безопасности и т. д. Подобный взгляд ведет к выводу о фатальной неизбежности травматизма в любых условиях, так как производственный, технологический процессы имеют место в любых общественных условиях, в том числе и при капитализме, и при социализме. Различные же условия труда, предоставляемые капитализмом и социализмом, обусловливают различную степень распространения травматизма в разных областях жизни.

Элементы биологизации иногда содержатся в определении медицины как науки о больном. Подобное определение имеет налет механицизма, так как оно не вскрывает качественного отличия медицины от ветеринарии. Качественно отличаясь от ветеринарии, медицина должна учитывать не только биологическую, но и социальную сторону жизнедеятельности человека в нормальном и патологическом состоянии.

В своем большинстве буржуазные ученые исходят из антинаучного положения об односторонней зависимости здоровья людей от биологических факторов. Ряд ученых стоит на эклектических позициях: наряду с биологическими факторами они признают отдельные социальные факторы. Но из этого «биосоциологического взаимодействия» исключается основное звено — производственные отношения, т. е. экономический базис общества.

Суживанием рамок социальных болезней буржуазные теоретики подменяют решающие причины массовой заболеваемости и смертности трудящихся, заключенные в самой природе буржуазного экономического базиса, частными причинами. При подобном подходе первичные, основополагающие причины массовых заболеваний отождествляются с производными, вторичными, являющимися следствием существования буржуазных форм собственности, распределения, социального неравенства. К последним относятся: жилище, профессия, питание и т. д.

Некоторые буржуазные теоретики медицины ряд болезней рассматривают как следствие влияния «суммы биологических и социальных факторов». При этом удельный вес биологических и социальных компонентов, образующих данную

сумму, даже по их мнению, неодинаков для различных заболеваний. Но формальное признание роли социальных факторов в возникновении заболеваемости неравнозначно выяснению их объективной роли в развитии патологии. Напротив, ссылки на социальные факторы делаются с апологетическими целями.

Таким образом, марксистско-ленинская методология позволяет не только глубоко и правильно разобраться в важнейших теоретических и практических проблемах медицины и здравоохранения, но и вскрыть гносеологическую несостоятельность воззрений ряда зарубежных медиков и биологов на коренные проблемы медико-биологической науки.

Руководствуясь диалектико-материалистической методологией, мы можем более правильно ориентироваться и в конкретных, частных проблемах медицины.

В плане анализируемой проблемы остановимся на соотношении социального и биологического в некоторых заболеваниях инфекционной и неинфекционной природы, а также в эпидемии.

§ 2. Соотношение социального и биологического в инфекционных и других заболеваниях

В различных по своей природе заболеваниях удельный вес социального и биологического факторов не одинаков. Наиболее сильное влияние социального фактора проявляется в различных инфекционных заболеваниях, в эпидемиях. Известно, что, например, плохие условия жизни трудящихся в капиталистических странах ведут к резкому понижению резистентности организма в борьбе против возбудителя. В свою очередь вирулентность, «агрессивность» того или иного возбудителя как биологического фактора по отношению к ослабленному определенными социально-экономическими и санитарно-гигиеническими условиями организму резко повышается. «Неудовлетворительные санитарные условия, — писал А. А. Богомолец,—приводят к значительному размножению болезнетворных микробов. Распространение болезней, возникновение эпидемий вследствие отбора повышают вирулентность возбудителей инфекций»[1].

В силу этого при изучении географической патологии и природной очаговости нельзя упускать из поля зрения дейст-

---

[1] А. А. Богомолец. Избранные труды. Т. 3. Киев, 1958, стр. 115.

вия социально-экономических факторов, в частности условий жизни, труда и быта людей, характера их связи с окружающей природной средой и т. д.

При изучении эпидемии легко встать на путь переоценки ее биологических аспектов. В самом деле, на пути познания сущности эпидемиологического процесса внимание исследователя обращается прежде всего на биологические особенности возбудителя, иммунологические реакции организма, морфологические изменения в организме и специфику клинического течения болезни и т. д. Пока исследователь не перейдет от познания индивидуального, единичного случая заражения к познанию качественно особой природы эпидемии, имеющей социальное содержание, он не поймет и сущности этого процесса. Как механическая сумма индивидуумов не составляет общества, так и механическое объединение многочисленных зараженных той или иной инфекцией людей не представляет еще эпидемического процесса.

«... Только учитывая роль социального фактора, мы можем от понятия суммы отдельных случаев заболеваний перейти к понятию эпидемии»[1].

Здесь необходимо указать на недопустимость отождествления закономерностей возникновения и развития эпидемии и эпизоотии. В самом деле, эпидемия может возникнуть не только при наличии источника той или иной инфекции, специфического передаточного механизма и восприимчивого к данному заболеванию населения, но и при определенном взаимодействии этих компонентов. Не только сочетание, взаимосвязь этих факторов, но и каждый фактор в отдельности находится в зависимости от социально-экономических условий общества.

Внеся большой вклад в выяснение социальной природы эпидемий, Л. В. Громашевский в некоторых случаях допускает недооценку роли социального фактора. Это, в частности, проявляется в истолковании понятия «ликвидация инфекционных заболеваний», которое, по его мнению, означает не только ликвидацию той или иной нозологической единицы, но и ликвидацию биологического возбудителя как такового. Ликвидация же возбудителя якобы должна быть осуществлена в масштабе всей нашей планеты. В данном случае Л. В. Громашевский переоценивает роль биологического возбудителя. На самом деле наличие того или иного возбудителя представляет лишь возможность возникновения заболевания. Эта возможность превращается в действительное инфекционное заболевание при наличии благоприятных (прежде всего социальных) условий.

---

[1] Л. В. Громашевский. Общая эпидемиология. Изд. 3-е. М., 1940, стр. 149.

Известно, что возбудитель чумы как представитель биологического вида существует на территории нашей страны, но эта болезнь как нозологическая форма у нас уже ликвидирована. Только при нарушении или ослаблении системы противоэпидемических мероприятий могут возникнуть единичные случаи подобного заболевания. Ликвидация инфекционных заболеваний — это прежде всего ликвидация определенных нозологических форм.

Биологическое начало в эпидемии (особенности возбудителя и т. д.) опосредуется через социальные факторы и прежде всего через характер и особенности производства, благосостояние населения, особенности жилищ и степень их заселения, общую и санитарно-гигиеническую культуру населения, характер и интенсивность миграционных процессов, особенности транспорта, связи и т. д. «Что определяет возможности перемещения микроба из одного организма в другой? Конечно, условия жизни людей, их формы общения между собой. Чем теснее живут люди, чем активнее общение между ними, тем больше возможностей для перемещения микроба» [1].

В свою очередь плотность населения, принимающая в определенных условиях (например, при капитализме) форму скученности, определяется экономическими условиями жизни общества — характером размещения производительных сил, их неестественной, антисанитарной концентрацией в отдельных городах, экономико-географических районах и т. д.

О социальной природе эпидемий говорит и то, что эпидемический процесс возникал и развивался вместе с возникновением и развитием человеческого общества. Еще Н. Ф. Гамалея подчеркивал мысль о том, что эволюция заразных болезней зависит от социально-экономических условий. В 1910 г. Н. Ф. Гамалея писал, что «причины развития эпидемий кроются не в человеке, а в его обстановке и условиях жизни» [2].

И это естественно, так как всякая болезнь является результатом недостаточного приспособления человеческого организма к условиям окружающей среды, а организм человека приспосабливается к среде посредством социально-экономических отношений.

По мнению многих советских и зарубежных эпидемиологов, благоприятные условия для развития эпидемий стали возникать лишь в эпоху неандертальского человека, непосредственного предшественника современного человека. Возникновение эпидемий обусловлено не уровнем биологического развития человека, а уровнем и характером социального общежития людей.

---

[1] И. И. Елкин. Очерки теории эпидемиологии. Медгиз, 1960, стр. 12.
[2] Гигиена и санитария, 1910, 18—19, стр. 304.

Развитие труда неизбежно ведет к усилению всевозможных связей между людьми. Развитие и совершенствование форм труда привело к возникновению обмена и т. д. Образование родовых и племенных форм общности людей, общение и взаимосвязь внутри них и между ними явились важнейшей социальной предпосылкой возникновения и распространения инфекций, часто принимающих в подобных условиях масштабы эпидемий и пандемий. Возникновение эпидемий, как известно, невозможно без распространения среди больших масс людей заразного начала. Масштабы же и формы распространения биологического возбудителя болезни опосредуются и обусловливаются социальными формами связи и общения людей. Глубоко и убедительно звучат слова Дж. Бернала о том, что «коренные причины болезней скрывались не в самих бактериях, а в тех условиях, которые позволяли им размножаться и распространяться, и никакая прививка или сыворотка не могли справиться с этим злом, которое было внутренне присуще самой экономической системе» [1].

Не только возникновение и распространение эпидемий, но и эффективность борьбы с ними обусловлена социально-экономическими факторами. В самом деле, развитие, например, социалистического способа производства ведет к систематическому улучшению материального и культурного благосостояния советских людей. Это находит свое конкретное выражение в количественном и качественном улучшении питания, коренном улучшении жилищных условий, в гигиенизации производства, труда и быта людей, в резком повышении общего и санитарно-гигиенического уровня культуры рабочих, колхозников и интеллигенции и т. д. Все эти социально-экономические и санитарно-гигиенические изменения, обусловленные развитием социалистического способа производства, «парализуют», ослабляют биологический механизм развития болезней.

Более того, даже такие «чисто» биологические явления, как неспецифическая резистентность и специфический искусственный иммунитет, в конечном счете обусловлены социальными факторами. Если неспецифическая резистентность организма человека во многом зависит от характера, качества питания и т. д., то специфический искусственный иммунитет как биологический процесс в капиталистическом обществе, например, часто зависит от наличия или отсутствия возможности воспользоваться теми или иными медицинскими достижениями, вакцинами, препаратами и т. д.

Биологические особенности возбудителя инфекции и механизм его распространения следует рассматривать лишь как

---

[1] Дж. Бернал. Наука в истории общества. М., 1956, стр. 315.

реальную возможность возникновения эпидемии. Но известно, что не всякая реальная возможность автоматически превращается в действительность. Для превращения характеризуемой возможности в действительность (в эпидемический процесс) необходимы соответствующие социально-экономические и санитарно-гигиенические условия. «Чтобы правильно отразить содержание, характер и форму эпидемического процесса, необходимо исходить не только из биологических особенностей возбудителя инфекционного заболевания и биологических механизмов распространения инфекции, а прежде всего из производственных отношений данного общества, из экономических законов его развития, которые определяют условия распространения эпидемических заболеваний, создают реальную возможность для превращения биологических предпосылок эпидемического процесса в эпидемический процесс (или возможность предотвращения этого превращения)»[1].

Придавая решающую роль социальному фактору в возникновении и распространении эпидемий, нельзя в то же время односторонне, метафизически подходить к оценке «патогенетической» роли отдельных факторов и их абсолютизации. И. И. Елкин в своей работе «Очерки теории эпидемиологии», говоря о зависимости здоровья от состояния жилищ, пишет, что «подтверждением этому могут также служить многочисленные данные о заболеваемости детей, живущих в подвалах и на других этажах».

Далее он приводит данные Керези о том, что в дореволюционном буржуазном Будапеште «на 1000 детей до 5 лет, живущих в подвалах, умирало ежегодно от коклюша 10,5%, а в некоторых кварталах — 2,3%»[2]. При анализе данного явления нельзя сводить весь этот процесс лишь к антигигиеническому влиянию условий жизни в подвале. В аналогичных случаях нужно учитывать и ряд других благоприятных для возникновения заболевания условий. В частности, нельзя забывать, что при капитализме в подвалах и трущобах прозябают социальные низы, лишенные средств на питание, лечение; лица с более низкой общей и санитарно-гигиенической культурой и т. д.

На основе диалектико-материалистического понимания соотношения социального и биологического следует рассматривать и вопрос о так называемых социальных болезнях. Нужно отметить, что применение термина «социальные болезни» лишь к некоторым инфекциям (туберкулез, венерические

---

[1] В. С. Ильичев. Условия материальной жизни общества и эпидемиологический процесс. ЖМЭИ, 1958, № 11, стр. 129.

[2] И. И. Елкин. Очерки теории эпидемиологии. Медгиз, 1960, стр. 95.

болезни) и нервно-психическим болезням, строго говоря, не является правильным. Подобное подразделение может породить неверный взгляд, согласно которому только некоторые болезни обусловливаются социально-экономическими факторами, а большинство из них будто бы находится вне сферы этого влияния.

При характеристике данной стороны интересующей нас проблемы необходимо учитывать и относительный характер выделения заболеваний, называемых социальными. Кроме того, недопустимо противопоставление этой группы болезней другим заболеваниям.

Что же является тем объективным критерием, с помощью которого определенная часть болезней относится к разряду социальных? Таким критерием, видимо, является характер связи того или иного заболевания с социально-экономическими условиями общества. Болезни, испытывающие более или менее непосредственное отрицательное влияние экономического базиса общества, называются социальными. Широкое распространение туберкулеза, венерических и нервно-психических заболеваний в условиях капитализма обусловлено непосредственным «патогенным» влиянием частнособственнических, эксплуататорских буржуазных производственных отношений. «Болезни, ранняя смертность и инвалидность являются условиями расширенного воспроизводства капитала, условием существования капитализма»[1].

Исходя из сказанного, туберкулез, алкоголизм и т. п. заболевания в условиях победившего социалистического общества не являются (в узком смысле) социальными болезнями, так как экономический базис социализма не только не способствует возникновению болезней, но является величайшим оздоровительным фактором. Не случайно Н. А. Семашко в этой связи говорил, что социализм — это здоровье. В период развернутого строительства коммунизма оздоровительная роль социально-экономических факторов все более возрастает.

Выработка объективного критерия, с помощью которого определенный ряд болезней относят к социальным, имеет большое теоретическое и практическое значение. Нельзя называть социальными все те болезни, в возникновении и распространении которых определенную роль играют разнообразные социально-экономические факторы. В случае подобного подхода круг социальных болезней будет неимоверно расширен, так как нет ни одной болезни, не испытывающей того или иного (часто почти незаметного) влияния социальных факторов.

---

[1] Г. А. Баткис. Социальная гигиена. Биомедгиз, 1936, стр. 273.

Под социальными болезнями следует понимать такие, возникновение, развитие и исчезновение (в основном) которых связано с характерными, специфическими и преходящими чертами данного социально-экономического строя. Классическим примером социальных болезней при капитализме являются алкоголизм, туберкулез, венерические и нервно-психические заболевания.

Резкое сокращение этих болезней возможно только в результате революционного разрушения строя капитализма и построения социализма.

Под социальными болезнями, как правило, понимают такие, которые не устранимы при данной социально-экономической антагонистической формации. Нельзя отождествлять подобные «классические» социальные болезни с теми болезнями, в возникновении и развитии которых определенную роль играют те или иные социально-экономические, санитарно-бытовые факторы и т. д.

Для правильного понимания характера заболеваний в условиях победившего социализма необходимо видеть различие между факторами, порождаемыми экономическим базисом социализма, и факторами, унаследованными от прошлого, дореволюционного, хотя и в значительной степени преобразованными новым укладом жизни (традиции, привычки, обряды и т. д.). Если первая группа факторов является носителем оздоровительной тенденции, то вторая группа этих факторов может выступать по отношению к здоровью в противоположной (негативной, отрицательной) роли.

В эпидемиологической литературе (советской и зарубежной) в последнее время оживленно обсуждается вопрос о сущности понятия эпидемии. В понимании этого вопроса выявились две крайние и взаимоисключающие точки зрения. Эти расхождения возникают в связи с попыткой выработать критерий понятия «эпидемия».

В зарубежной эпидемиологической литературе критерием понятия «эпидемии» чаще всего является количественный фактор — степень распространения заболеваемости безотносительно к качеству, характеру данного заболевания. С точки зрения подобного механистического и односторонне биологического подхода понятием «эпидемия» одинаково охватываются болезни людей, животных, птиц, растений. Эпидемия рассматривается как антипод индивидуального, единичного заболевания. Подобного взгляда придерживается, например, современный американский эпидемиолог К. Макси (1959), который считает, что даже эпизоотия должна быть поглощена и растворена в понятии «эпидемия».

Механистический, односторонне количественный подход ведет к тому, что в разряд эпидемий включаются заболевания

не инфекционной природы (сердечно-сосудистые, нервно-психические и др.), но широко распространенные.

Советские эпидемиологи в своем большинстве критерием эпидемии, ее специфической особенностью считают инфекционность. Например, Б. С. Бессмертный утверждает, что специфика эпидемии состоит не в массовости изучаемых заболеваний, а в их инфекционной природе.

Подобный взгляд, видимо, также не отражает подлинной сущности данного понятия. Во-первых, видеть суть эпидемии только в инфекционной природе заболеваний — значит делать шаг на пути отождествления закономерностей развития эпидемии и эпизоотии. Это неизбежно приведет к возрождению односторонне биологического взгляда на эпидемию, к игнорированию социальных аспектов эпидемии. Во-первых, само понятие «инфекция» в настоящее время претерпевает существенные изменения. На протяжении последних десятилетий считали, что инфекционные болезни обязательно вызываются живыми мельчайшими организмами. В последние годы советские и зарубежные ученые доказывают «...возможность воспроизведения типичного инфекционного процесса нуклеиновыми кислотами, выделяемыми из вируса» [1]. Подобные научные данные приведут к некоторому изменению представлений о биологической основе эпидемий.

Всякое понятие отражает внутренние, существенные черты и особенности явлений и процессов. Видимо, наиболее важными чертами эпидемии являются, во-первых, ее инфекционный характер, во-вторых, массовость распространения, в-третьих, детерминированность условиями социального развития.

Как первая, так и вторая черта эпидемии претерпевают существенные изменения в процессе социально-экономического развития общества. Массовость — относительный показатель. Определение эпидемии как массового заболевания для многих высокоразвитых стран недостаточно. Этот признак эпидемии наиболее чувствителен к социально-экономическим изменениям, испытывает большое влияние уровня санитарно-гигиенического развития, достижений медицинской науки и практики.

Массовость инфекционных заболеваний в эпоху средневековья и в середине XX века, в отсталых колониальных странах и в социалистическом обществе в эпоху развернутого строительства коммунизма совершенно различна. Но в любом случае для так называемой массовости необходим какой-то количественный минимум, неодинаковый в различных социальных условиях.

---

[1] Л. А. Зильбер. Тезисы научных докладов. XV сессия АМН СССР. М., 1961, стр. 31—32.

Механическое противопоставление социального и биологического еще не изжито полностью в нашей медицинской литературе. До сих пор распространена точка зрения, согласно которой у человека якобы есть болезни чисто биологического характера, совершенно не зависящие от социальной среды. К последним часто относят опухоли. Утверждается отсутствие так называемого социального в этиологии опухолей. С подобными утверждениями вряд ли можно согласиться. Во-первых, при слабой изученности этиологии раковых заболеваний нельзя установить «приоритет» социального или биологического в раковых заболеваниях. Во-вторых, имеющиеся данные говорят о важной роли социальных факторов в возникновении этих заболеваний. «Изучение особенностей распространения рака в разных странах земного шара и на территории СССР не оставляет сомнений в том, что развитие ряда злокачественных опухолей находится в определенной зависимости от условий жизни и труда, от ряда обычаев и привычек, от климатических условий и других факторов внешней среды» [1].

Действительно, мировая статистика указывает на учащение рака легкого. Характерно, что с переходом от одной возрастной группы к другой смертность от рака легких повышается. На этом основании предполагается, что какие-то канцерогенные элементы окружающей среды, интенсивность которых возрастает в связи с развитием экономической и производственно-технической базы общества, являются одним из этиологических факторов рака легких.

Далее, более низкий процент заболеваемости раком легких в сельской местности по сравнению с городской также ориентирует мысль на поиски таких этиологических факторов, которые обусловлены влиянием широкого диапазона социально-экономических, технологических и бытовых условий. По сведениям Э. А. Войтэлович и др. (1957), в глубинных сельских районах Латвии зарегистрировано значительно меньшее количество больных раком, чем в приморских. По мнению автора, эта разница объясняется тем, что традиционным занятием жителей приморских районов является копчение рыбы, которая является одним из основных продуктов питания. При копчении рыбы образуется 3,4-бензпирен как одно из веществ, которое может выступить в роли предрасполагающего к раковому заболеванию фактора. «...Какого бы взгляда ни придерживаться (является ли 3,4-бензпирен истинной причиной развития рака или лишь провоцирует вирус, как думают некоторые исследователи), в любом случае предотвращение

---

[1] Н. Н. Блохин. Выступление на Всесоюзном совещании работников здравоохранения. Советское здравоохранение, 1961, № 3, стр. 33.

поступления его в организм человека является мощным рычагом профилактики рака легких»[1]. Статистика раковых заболеваний все более подчеркивает роль различных социально-экономических и производственных факторов в этиологии рака. В этом отношении весьма показательны высокие цифры рака легких среди населения промышленной Рурской области на фоне относительно низких показателей этого заболевания в сельскохозяйственной долине реки Майн (Западная Германия).

Современная онкология накопила большое количество фактов, показывающих социальную обусловленность ряда раковых заболеваний. В частности, пища, ее характер, количественная и качественная характеристика обусловлены уровнем развития общества, характером распределения общественного продукта и т. д. Не случайно, например, в Западной Африке, где основным продуктом питания населения является неполноценная белковая пища, первоначальный рак печени достигает весьма высокого уровня (39%) всех злокачественных новообразований (А. В. Чаклин, 1956), в то время как в Европе он составляет лишь 0,2—2%. Обелинг в статье «География патологии рака» пишет, что раку печени, как правило, предшествует цирроз, развивающийся на почве белковой недостаточности, недостаточности аминокислот и, возможно, витаминов комплекса В. Соответственно этому рак печени развивается у людей, живущих впроголодь (это $^{1}/_{3}$ населения земного шара), питающихся неполноценной пищей.

В самой проблеме питания сочетаются и перекрещиваются социальные и биологические аспекты. «Питание человека является проблемой биологической и в то же время социальной»[2]. Если биологический аспект данной проблемы состоит в физиологических потребностях организма, в предпочтении одних видов пищи другим, то ее социальный аспект определяется «... экономической возможностью получить в распоряжение потребителя те или иные продукты в различных условиях»[3].

Не только общее, но и специфическое голодание организма зависит от характера и уровня общественно-экономического развития. Известно, что для нормального функционирования человеческого организма требуется около 40 различных питательных веществ. В случае отсутствия нескольких веществ в организме может возникнуть специфическое (частичное) го-

---

[1] В. М. Бергольц. Рецензия на книгу Л. М. Шабад и П. П. Дикун «Загрязнение атмосферного воздуха канцерогенным веществом 3,4-бензпиреном». Советское здравоохранение, 1961, № 1, стр. 83.

[2] А. И. Макарычев. Вопросы народного питания. М., 1960, стр. 4.

[3] А. В. Мальков. Социальные проблемы питания. М.—Пг., 1923.

лодание. Благоприятной социальной предпосылкой для развития специфического голодания в условиях капитализма является одностороннее ведение сельского хозяйства, засилие монокультуры и т. д. Помимо этого, нельзя не принимать во внимание и «угасание» некоторых физиологических функций под влиянием социально-исторического образа жизни человека. В данном случае речь идет об «угасании» у большей части современных людей инстинктивной способности «диагностировать», распознавать недостаток тех или иных питательных веществ в организме, т. е. об утрате способности распознавать специфический голод.

В отличие от биологической природы животных, которые способны ощущать отсутствие тех или иных питательных веществ в организме, биологическая природа человека подверглась существенным изменениям.

Потребность в пище — это важнейшая биологическая потребность человеческого организма. А способ удовлетворения ее зависит от социально-экономических условий.

Все физиологические процессы в большей или меньшей мере зависят от особенностей питания. А количественная и качественная сторона этой проблемы социально детерминированы. В связи с созданием достатка, а в последующем обилия и изобилия продуктов питания в социалистическом обществе «...уже не недостаток материальных благ, а их избыток порой ставит перед здравоохранением новые задачи... Теперь все больше приходится нам заботиться о предупреждении заболеваний, связанных с избыточным питанием» [1].

Недостаточное в количественном и качественном отношении питание оказывает отрицательное воздействие на все процессы жизнедеятельности организма, на деятельность вегетативных и высших нервных функций. Оно может привести к нарушению функций кровотворения и кровообращения, пищеварения и теплорегуляции. В подобных случаях резко повышается восприимчивость организма к всевозможным заразным болезням и т. п.

В силу недостаточной разработанности проблемы соотношения социального и биологического в медицине в ней часто встречается методологическая путаница. Например, нередко дается неправильное истолкование взаимоотношения так называемых естественных и социальных источников заболеваний. Например, И. В. Давыдовский, Н. Н. Морозов и др. считают, что так называемые естественные источники заболеваний (механические, физические, химические и биологические) якобы могут действовать независимо от социальных условий общества. На самом деле и естественные источники заболева-

---

[1] Н. А. Виноградов. На страже здоровья. М., 1960, стр. 28.

ний действуют на человеческий организм не непосредственно, а опосредованно, преломляясь через способ производства, общественное бытие людей.

Обособление природных, естественных факторов от социально-экономических является одной из гносеологических предпосылок отрицания некоторых социально-этиологических факторов заболеваемости в условиях социализма. Любой этиологический фактор в патологии человека является выражением диалектически противоречивого единства социального и биологического. В большинстве своем этиологические факторы не являются «чисто» социальными или «чисто» биологическими.

При изолированном рассмотрении так называемых естественных факторов стирается качественное различие между последствиями их воздействия в различных общественно-экономических формациях, в том числе при капитализме и социализме. При подобном подходе неизбежно будут отождествляться возможные патогенные последствия развития, например, конвейерной и поточной системы производства при капитализме и социализме. Необходимо видеть качественное различие в воздействии различных этиологических факторов в тех или иных общественно-экономических формациях.

Некоторые наши ученые, в частности эпидемиологи, считают, что социальные условия якобы действуют через посредство биологических факторов. Здесь также ошибочно истолковывается взаимоотношение форм движения материи. В действительности не высшие формы движения материи преломляются через низшие, а наоборот, низшие формы движения материи опосредуются высшими. В данном случае следует говорить не о том, что социальные условия жизни коллектива действуют на эпидемический процесс через биологические факторы, а, наоборот, о том, что биологические факторы действуют и преломляются через социальные. Рассматриваемая точка зрения также в конечном счете ведет к недооценке социальных аспектов медицины.

Недооценка социальных аспектов медицины приводит некоторых ученых к тому, что, например, проблему ликвидации туберкулеза и некоторых других заболеваний связывают лишь с использованием различных химиопрепаратов, увеличением коечного фонда и т. д. Подобная точка зрения имеет свой исторический аналог и прецедент в высказываниях некоторых ученых 30-х годов, которые проповедовали своеобразный вариант фатализма, утверждая, что успешное выполнение основных народнохозяйственных задач второго пятилетнего плана автоматически приведет к искоренению туберкулеза. На самом деле «одними только мероприятиями санитарной профи-

лактики, не подкрепленными системой мероприятий социального порядка, проблему туберкулеза решить нельзя»[1].

В настоящее время мало провозглашать тезис о влиянии социально-экономических факторов на здоровье человека. Центр тяжести в работе медицинских работников всех профилей должен быть перенесен на изучение и разработку эффективных методов ликвидации или нейтрализации отдельных вредно действующих производственных, бытовых и других факторов.

Кроме того, наряду с разработкой различных гигиенических требований необходимо более активное внедрение их в жизнь. Помимо отражения «негативной, запретительной роли предельных уровней, ниже которых начинается область нарушения здоровья», справедливо говорил Г. А. Баткис, в наших гигиенических нормативах все более «должны разрабатываться гигиенические нормативы оптимума, нормативы здорового» труда, быта и т. д.

§ 3. Социальные проблемы медицинской генетики

Рассматривая социальные проблемы медицинской генетики, нужно иметь в виду, что наряду с общими для человека и животных биологическими закономерностями, относящимися к молекулярному и клеточному уровню развития, явлениям эмбриогенеза и т. д., имеют место и специфически биологические закономерности, присущие лишь человеку и обусловленные социальным образом его существования.

Расшифровка генетического кода, обоснование роли дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) в передаче наследственной информации является важнейшим этапом на пути познания общебиологических закономерностей.

«...Главной материальной основой наследственности является дезоксирибонуклеиновая кислота. Установлены молекулярная структура этой кислоты и пространственное расположение входящих в ее состав атомов. Эти открытия позволили показать, с какими веществами внутри клетки связано одно из главных свойств жизни — наследственность, что явилось великой победой современного естествознания и диалектического материализма»[2].

Бурное развитие генетики, особенно медицинской, выдвигает проблемы, имеющие социальный характер. Медицинская

---

[1] XXI съезд КПСС и задачи развития советской медицины. Л., 1960, стр. 74.

[2] Н. П. Дубинин. Проблемы радиационной генетики. Гос. изд-во литературы в области атомной науки и техники. М., 1961, стр. 7.

генетика, т. е. генетика человека имеет специфические особенности по сравнению с другими разделами генетики. Эта специфика медицинской генетики обусловлена главным образом особенностями объекта ее исследования, т. е. человека, и в первую очередь своеобразием его развития.

Биология человека и его наследственная конституция являются результатом постепенного и длительного процесса эволюции, темпы которой заметны только на протяжении многих тысячелетий.

У непосредственных предшественников вида Homo sapiens (питекантроп, синантроп, атлантроп, неандерталец) в ходе развития постоянно возникали противоречия между их морфофизиологической организацией и формирующимися элементарными способами «инстинктивно-трудовой» деятельности. Эти противоречия требовали преобразования биосубстрата организма, приспособления его к специфически человеческим, социальным потребностям.

Разрешение этого противоречия вначале привело к изменению генетической конституции предка человека, результатом которого явилось преобразование его важнейших морфофизиологических особенностей и их наследственное закрепление (изменение передней конечности — «руки», «речевого» аппарата, развитие коры больших полушарий и т. д.).

Это был первый и решающий акт в развитии человека. В дальнейшем темпы биологического развития человека стали снижаться. Современная антропология подтверждает мысль, высказанную К. А. Тимирязевым, что биологическая эволюция человека осталась за порогом его истории. Многие современные антропологи (Быстров, Рогинский) считают, что человек как биологический вид практически перестал развиваться.

Охватывая единым взглядом ход эволюционного развития животных, мы видим, что у них также произошло некоторое замедление в дальнейшем развитии, т. е. замедлились генетические изменения. Это объясняется однажды начавшимся и продолжающимся до сих пор процессом обособления, специализации и стабилизации видов.

Таким образом, характер современной биологии человека не является уникальным и имеет некоторые аналоги при оценке всего животного мира, высшим представителем которого он является.

С началом своей истории человек сам стал изменять среду. Изменения, которые осуществлены человеком во внешнем мире за последние 100 лет, являются значительно бо́льшими, чем те изменения, которые произведены млекопитающими на протяжении предыдущих миллионов лет эволюции.

Следовательно, биологическое развитие и изменения уступили место социальному развитию и совершенствованию. Поэтому, сравнивая современное биологическое и социальное развитие человека, вполне справедливо замечание Д. Льюиса (1964), что «...социальные системы меняются слишком быстро и слишком радикально, чтобы зависеть от мутаций генов».

Социальные условия и изменения в истории человечества создали новые возможности для развития человека и радикальные преобразования его генетической конституции не являлись необходимыми. Оставшееся биологическое ограничение преодолевалось путем изменения социальных условий, путем приспособления их к потребностям человеческого организма.

Таким образом, если для существования животного в резко изменившихся условиях среды необходима соответствующая перестройка его организма, крайним вариантом которой является изменение в генетическом материале, то для человека эти перестройки не необходимы, ибо его биологические функции опосредуются через широкую систему социальных факторов.

В процессе исторического развития человек интенсивно изменяет окружающую его среду, создавая тем самым по существу новую для себя искусственную среду. Особенно ярко эта тенденция проявилась в новейшей истории человечества.

Развитие атомной энергетики, увеличивающееся использование радиации в многочисленных отраслях народного хозяйства и медицины, внедрение химии во все сферы жизни человека, начиная от производства и кончая бытом, фактически создают новое радиационное и химическое окружение человека.

Дальнейшие успехи в проникновении человека в космос и завоевание человечеством по крайней мере ближайших областей за пределами земной атмосферы неизбежно вызовут необходимость преодоления человеком радиационного барьера, намного превышающего тот, который был преодолен живыми существами в те далекие времена, когда они впервые вышли из глубин океана на сушу.

Следовательно, в ходе развития систематически возникают и будут возникать новые «непредвиденные» патогенные факторы и обстоятельства, которые не могут не оказывать некоторого отрицательного влияния на здоровье человека и на его наследственную основу, если их не предотвращать.

Между тем высокоразвитая специализация органов и систем, а также их стабильность, которых достиг человек, с биологической точки зрения ограничивают круг его приспособительных возможностей к изменяющимся условиям среды.

Таким образом, конечным следствием повышающейся активности человека по преобразованию среды является возникновение ситуации, при которой появляются противоречия между биологическими особенностями человека и созданными в результате его преобразовательной деятельности некоторыми новыми факторами среды, которые нередко отрицательно действуют на его генетическую конституцию.

Противоречие усугубляется еще и тем, что отсутствие естественного отбора в развитии человека создает условия для рассеивания и закрепления генных мутаций, индуцированных подобными неблагоприятными факторами.

Выход из этого противоречия заключается прежде всего в сознательной организации мер, предупреждающих патогенные влияния среды на наследственную основу человека. Оздоровление и очищение окружающей среды (воздуха, почвы, воды и т. д.) от вредоносных радиационных, химических и т. п. факторов — важнейшее и наиболее радикальное условие, благоприятствующее здоровью человека и предотвращающее нежелательные изменения наследственного характера.

В трудах классиков марксизма-ленинизма разработана конкретная программа создания коммунистического общественного строя, который создаст наиболее благоприятные социально-экономические условия для физического и психического развития человека. В одном из писем Ф. Энгельса рассматриваются демографические проблемы, проливающие свет и на излагаемые нами вопросы.

Ф. Энгельс в 1881 г. в письме к К. Каутскому указывал: «Абстрактная возможность такого численного роста человечества, которая вызовет необходимость положить этому росту предел, конечно, существует. Но, если когда-нибудь коммунистическое общество вынуждено будет регулировать производство людей, так же как оно к тому времени уже урегулирует производство вещей, то именно оно и только оно сможет выполнить это без затруднений. Планомерно достигнуть в таком обществе результата, какой уже теперь во Франции и Нижней Австрии возник в процессе стихийного, беспланового развития, кажется мне не таким уже трудным делом».

Из подхода Ф. Энгельса к этому вопросу следует, что максимализация рождаемости не является самоцелью социалистического общества. Рождаемость должна обеспечивать необходимый прирост численности населения и на определенном этапе развития не исключена возможность ограничения и планового регулирования роста населения.

Меры, содействующие совершенствованию биологической организации человека, также могут быть планируемы. В на-

---

[1] К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения. Изд. 2-е, т. 35, стр. 124.

стоящее время можно указать на два направления в подходе к проблемам совершенствования биологической организации человека.

1. Улучшение здоровья человека через его фенотипическое развитие.

2. Улучшение здоровья человека через модификацию его наследственности.

Необходимость компенсирования недостатков естественной защиты человек почувствовал давно и одной из форм такой компенсации явилось использование им одежды, жилища, создание микроклимата и т. д. В процессе практической деятельности человек систематически прибегает к различным средствам, способствующим его биологическому совершенству. К таким способам относятся пренатальная и постнатальная забота о потомстве, иммунизация, переливание крови, трансплантация органов, пластическая хирургия, обогащение диеты витаминами и микроэлементами, физическая культура и т. д.

Все эти и другие аналогичные факторы используются для того, чтобы воздействовать на биологические (фенотипические) особенности организма, чтобы создать условия, в которых естественные дефекты или дефекты мутационного характера в человеческом организме компенсировались бы искусственно. Эффективность этих мероприятий подтверждается успехами медицины на протяжении многих лет, однако они не являются решающими в случае наследственных дефектов.

Идея, которая лежит в основе другого направления, заключается в модификации генетической конституции человека, в изменении наследственности существующей человеческой популяции, в понижении частоты генетических дефектов и в повышении уровня признаков, укрепляющих биологическую организацию человека. Для реализации этой идеи как в прошлом, так и в настоящее время предлагается ряд методов.

Один из них связан с селекцией родителей, обладающих здоровой наследственностью. В первоначальном варианте этот метод предлагался расистами, которые считали свою расу высшей и выступали за уничтожение других рас. Особенно наглядно это проявилось во времена фашистского режима в Германии. Близкими к этим реакционным воззрениям являются взгляды ряда евгеников, которые в качестве единственного критерия генетической пригодности избирали социальный, экономический или образовательный статус индивидуума и этим самым предопределяли преимущественное право иметь детей лишь представителям эксплуататорских классов. Нет нужды доказывать враждебную классовую, политическую сущность этих предложений и их социальную опасность для всего человечества.

В зарубежной литературе в последние годы высказываются мнения, в соответствии с которыми предлагается организовать такие сферы занятости, которые были бы привлекательными для лиц генетически нежелаемых типов и в то же время создавали бы условия, затрудняющие рождение детей у этих лиц. Что касается отдельных одаренных индивидуумов, то для них предлагается создание избранных форм занятости, которые соответствовали бы их одаренности, были бы привлекательными для них и в то же время создавали условия для роста больших семей. Упомянутые воззрения, как правило, являются односторонне биологическими, недооценивающими, а порой и игнорирующими социальную природу человека.

Несмотря на то что в основе биологической организации человека лежит его генетическая конституция, в то же время наследственность не может непосредственно определять развитие, например психических функций и способностей. Последние, как уже говорилось, не могут закрепляться в виде морфологических, биологически наследуемых изменений.

Конечно, было бы неправильно полностью отрицать роль наследственности в передаче «способности к формированию тех или иных способностей» и т. д. Но в то же время нужно всегда учитывать решающую роль социальных факторов в проявлении и выявлении наследственных предпосылок. «...В высоко культурной среде, обусловливающей большую психическую дифференцировку, можно констатировать значительные психические различия даже у однояйцевых близнецов» [1].

Новейшим вариантом реакционных евгенических концепций является предложение «зародышевого выбора», выдвинутое американским генетиком Д. Меллером на симпозиуме «Перспективы контроля эволюции человека», состоявшемся в США в апреле 1963 г.

Суть этого предложения, которое исходит из неверия в радикальность других мер, заключается в организации банков, сохраняющих мужские половые клетки от лиц, проявивших «дар ума, достоинства нрава и характера или физической пригодности». Предполагается далее, что супружеские пары могут пользоваться этими банками и это должно обеспечить рождение детей с наследственной конституцией, отвечающей идеалам родителей. Отбор половых клеток обеспечивается предполагаемой организацией документации, относящейся к донору, его жизни и его родственникам, а также соответствующей консультацией медиков и биологов. Объективность выбора, по мнению Д. Меллера, должна обеспечиваться использованием половых клеток донора, умершего не менее чем

[1] О. Негели. Общее учение о конституции. М.—Л., 1929, стр. 78.

20 лет назад. Легко видеть, что это предложение также не выдерживает никакой критики, даже с точки зрения общечеловеческой морали.

В основе другого метода лежит широкое внедрение в практику научно обоснованных медико-биологических брачных консультаций, основанных на записях не только о частоте неблагоприятных генетических аномалий в человеческой популяции, но и способе их распределения. Правильно организованная система брачных консультаций содействует накоплению полезных признаков в потомстве и исключает проявление, по крайней мере, тех наследственных болезней, которые происходят в результате рецессивных дефектов двух родителей. Исключительно важны медико-биологические брачные консультации особенно для тех лиц, которые несут или могут нести в латентной форме крайне опасные генетические дефекты, обусловливающие, например, слепоту или идиотию и т. д.

Третий метод в поисках лучших подходов к совершенствованию здоровья человека через модификацию его наследственности связан с действенным изменением генетической конституции человеческого организма посредством изменения в желаемом направлении тех фрагментов генетического материала, которые являются носителями неблагоприятных генетических изменений. Этот метод базируется на новейших представлениях о физико-химической основе генетического материала живых организмов и на данных генетического анализа тонкой структуры отдельных генов.

Таким образом, если мы попытаемся сравнить указанные направления между собой, то увидим, что в их результативности и в возможности практического использования имеются явные различия.

Метод медико-биологических консультаций хотя и не является решающим, тем не менее он может использоваться уже сейчас.

Этого еще нельзя сказать об изменении генетической конституции человека путем использования того или иного подхода. Несмотря на гигантские достижения молекулярной генетики и структурной физиологии клеточных компонентов в раскрытии механизмов синтеза, конструкции и реконструкции клеточных структур, в выяснении механизмов генной репрессии, а также в приближении к познанию контрольных механизмов клеточной дифференциации и эмбриогенеза, впереди невероятные трудности по реализации названных подходов, ибо то, что генетика уже проделала, является очень незначительным в сравнении с тем, что ей предстоит проделать, чтобы понять всю сложность организации жизни и ее контрольных генетических механизмов.

Неверие в решение этой проблемы побудило отдельных зарубежных философов даже выступить с предложением построить робот, который бы этически и эстетически ориентировался лучше человека. Однако это область неоправданной фантазии. Здравый смысл свидетельствует, что единственно возможный в наше время радикальный путь выхода из противоречий между биологической организацией человека и характером изменяемой им среды заключается прежде всего в оздоровлении среды и посильном воздействии на наследственную основу.

Улучшение здоровья человека через его развитие и через модификацию его генетической конституции посредством научных брачных консультаций и действенных мер изменения ее в желаемую сторону является комплексным направлением, способствующим укреплению здоровья человека и исправлению его наследственных аномалий. Эта стратегическая задача выдвигает ряд научных проблем, требующих экспериментального разрешения.

Поскольку человек не может быть превращен в объект экспериментального исследования, постольку все указанные методы, направленные на улучшение здоровья человека через модификацию его наследственности, должны быть первоначально изучены и отработаны на животных. Лишь после этого они могут быть перенесены на человека с учетом его специфики и качественного своеобразия.

Совместное, комплексное воздействие неспецифических, социально-гигиенических факторов со специфическими, лечебно-медицинскими (в том числе и генетическими) мероприятиями будут способствовать дальнейшему укреплению и расцвету здоровья советского человека и искоренению генетических заболеваний.

§ 4. Проблемы социальной гигиены в свете Программы КПСС

Программа партии, принятая XXII съездом КПСС, определила основные задачи Коммунистической партии и социалистического государства в области укрепления и улучшения здоровья советских людей и увеличения продолжительности их жизни.

В эпоху развернутого строительства коммунизма в рамках медицины будут происходить существенные сдвиги и возникать все новые задачи. Важнейшей закономерной тенденцией развития медицины в период широкого коммунистического строительства является изменение соотношения между лечеб-

ными и профилактическими задачами медицины в пользу последних. В эпоху развернутого коммунистического строительства особое развитие получают меры по предупреждению болезней.

Подъем уровня благосостояния людей, рост национального дохода, обеспечение всех слоев населения высококачественным питанием, обеспечение каждой семьи отдельной благоустроенной квартирой, значительное сокращение рабочего дня, резкий рост общественных фондов потребления и т. д. — важнейший неспецифический, социально-экономический оздоровительный фактор. Решения XIV Всесоюзного съезда гигиенистов и санитарных врачей (февраль 1962 г.), опирающиеся на историческую Программу КПСС, исходят из признания важной и все возрастающей роли гигиены в укреплении здоровья советских людей. Гигиена — это медицина коммунистического общества. На этой основе будет постоянно возрастать роль всех ветвей гигиены.

В свою очередь гигиена должна исходить из основных особенностей развития общества, производства и т. д. Известно, что механизации, автоматизации и конвейеризации производства неизбежно сопутствует определенная ритмичность, т. е. периодическая, часто заданная повторяемость движений и операций. Ритмичность конвейера должна соответствовать законам физиологической ритмичности человеческого организма и неизбежному ослаблению уровня ритмичности организма к концу рабочего дня, смены и т. д. В силу этого возникает необходимость регулирования ритма и темпа работы конвейера с целью приспособления к дневной или сменной кривой колебаний работоспособности человеческого организма. Современная физиология труда пришла к выводу, что ритм помогает выработке и закреплению рабочего стереотипа и создает благоприятные условия для наиболее эффективного координирования деятельности кровообращения, дыхания и т. д.

По мере приближения к коммунизму труд все более будет превращаться в естественную, органическую потребность человека, в «естественное условие человеческого существования» (К. Маркс). Все более меняется соотношение между материальными и моральными стимулами к труду, удельный вес последних все более увеличивается. Трудовой энтузиазм, эмоционально-приподнятое отношение к труду способствуют подъему производительности труда, снижают усталость и утомляемость, способствуют более быстрому восстановлению работоспособности во время отдыха. Свободный, радостный труд, обусловливаемый возрастающей ролью моральных стимулов (наряду с материальными), является благотворным тонизирующим психику фактором. В свою очередь коллектив-

ные формы труда, общественная заинтересованность в труде, различные формы социалистического соревнования, движение за звание бригад коммунистического труда повышают, улучшают нервно-психический тонус трудящихся.

Превращение труда в естественную, органическую потребность человека нельзя рассматривать как процесс стихийного развития. Его также нельзя ставить в одностороннюю зависимость от воспитания, преобразования характера людей. Велика роль медиков в преобразовании природы труда. Для превращения труда в естественную потребность людей необходимо, чтобы труд соответствовал не только интеллектуальным, психологическим, но и физиологическим особенностям человеческого организма. Врачи и учителя должны влиять на выбор профессии молодежью, на ее профессиональную ориентацию.

Борьба за коммунизм — это в то же время борьба за здоровье трудящихся. Критерием качественного улучшения здоровья населения является повышение производительности труда, повышение уровня трудоспособности людей и их продолжительная, активная, трудоспособная старость. Социальное кредо гигиены труда можно выразить так: способствовать максимальной производительности труда при минимальной затрате физических и психических сил организма и при наименьшей изнашиваемости его.

Советское здравоохранение должно своевременно отражать основные тенденции общественной жизни, заключающей в себе могущественные факторы массового оздоровления трудящихся.

Интересы народного здоровья требуют ликвидации узкотехнологического подхода при решении некоторых хозяйственно-экономических задач. Противоречия, возникающие между гигиенической целесообразностью и производственно-экономической рентабельностью, всегда должны решаться в пользу первой. При подведении итогов социалистического соревнования и выработке критериев для присуждения звания бригад коммунистического труда еще не всегда учитывается санитарно-гигиеническое состояние предприятия, цеха, уровень заболеваемости, травматизма, санитарно-гигиенической культуры соревнующихся и т. д. При оценке качества выпускаемых промышленными предприятиями станков и механизмов также нужно учитывать их санитарно-гигиенические показатели.

Увеличение удельного веса профилактических мероприятий в общей системе оздоровляющего воздействия на человека в период развернутого строительства коммунизма должно сопровождаться постоянным расширением социальных функций медицины и здравоохранения. При решении проблемы размещения производительных сил, например, должны учитываться не только экономические, транспортные, географиче-

ские показатели, но и социально-гигиенические и санитарные мотивы. Для решения подобных задач деятельность планирующих и хозяйственных органов должна быть неразрывно связана с работой органов здравоохранения и гигиенических институтов.

Технический прогресс, рост выпуска разнообразных машин, станков и механизмов новых конструкций также обусловливают необходимость расширения сферы «вмешательства» медицины в жизнь общества. На всех этапах конструирования новых машин и механизмов мышление инженера-конструктора должно освещаться светом гигиенической мысли. Технологические и гигиенические показатели во вновь создаваемых механизмах должны представлять гармоническое единство. Говоря словами З. П. Соловьева, врач должен быть связан «...тысячью прочных нитей со всей системой государственного строительства». Система здравоохранения должна все более приближаться к населению, к станку, бригаде, месту работы людей, жилищу и т. д. Претворяя в жизнь важнейший гуманистический принцип Программы КПСС: «...все во имя человека, все для блага человека», медицинские работники должны во всем исходить из интересов благополучия и здоровья человека. В процессе осуществления программы коммунистического строительства любая народнохозяйственная задача должна решаться с учетом гигиенических требований и охраны здоровья трудящихся.

Развитие коммунистических начал в жизни нашего общества требует, чтобы врач в своей деятельности все более выходил из узких рамок специальности и превращался во врача-общественника, активно вторгающегося во все сферы материального и духовного бытия общества.

В производственно-экономической жизни страны происходят такие изменения, которые имеют большое гигиеническое, оздоровительное значение. В частности, движение за овладение несколькими смежными профессиями, получившее новый мощный толчок в связи с возникновением бригад коммунистического труда, имеет большое гигиеническое значение. Переход от одной профессии к другой, рациональная смена занятий (с учетом общественной, производственной необходимости) снимают налет монотонности и однообразия с трудового процесса, парализуют «отупляющее» действие машин или однообразных профессиональных движений и манипуляций, делают труд более интересным, а тем самым и более здоровым.

Объективная, закономерная тенденция увеличения удельного веса профилактического начала должна найти соответствующее отражение во всех сторонах медицинской деятельности, начиная от обучения будущих врачей и кончая научной разработкой не только гигиенических, но и клинических

дисциплин. Необходимо преодолеть узко лечебные тенденции, бытующие еще в практике некоторых медицинских учреждений. Настало время, когда диспансеризации нужно подвергнуть не только трудящихся, но и, образно говоря, производство и быт людей.

Осуществление поставленной в Программе КПСС задачи ликвидации некоторых заболеваний и резкого снижения других должно вестись не только в чисто лечебном, но и в широком профилактическом, социально-бытовом и санитарно-гигиеническом плане. Если лечебный аспект медицины — это главным образом оборона от уже наступившей болезни, то профилактический аспект медицины — это предотвращение, предупреждение самой возможности заболевания. Будущее медицины, медицины коммунистического общества, — это так называемая активная социальная терапия, т. е. предоставление максимально здоровых, гигиенически обоснованных условий труда, быта и отдыха людей, способных до минимума свести заболеваемость.

Задачи коммунистического строительства требуют расширения диапазона действия гигиенических дисциплин. До настоящего времени основное внимание среди увеличившегося комплекса гигиенических дисциплин уделяется так называемой соматической гигиене, а психогигиена по существу остается в забвении. Необходимо поднять уровень психогигиенических исследований до современных требований. В частности, с точки зрения психогигиены следует изучать реакцию человека на общий вид своего рабочего места, предприятия и т. д. Как справедливо подчеркивал А. Ф. Никитин, общий вид рабочего места, предприятия «...есть тот сложный фактор, который производит сложное воздействие на человека—то общее впечатление, которое с точки зрения условных рефлексов выражается как симпатия или антипатия, бодрость или угнетение, охота к труду или отвращение к нему. А весь этот калейдоскоп чувствований создает ту „установку“ рабочего, с которой он приступает к работе. Этой установкой до известной степени заранее определяется успешность его работы».

В наших гигиенических исследованиях очень мало внимания уделяется влиянию различных психических факторов на здоровье трудящихся (взаимоотношение людей в коллективе, на производстве, на транспорте и т. д.). С ростом культуры и сознательности людей все более будут «оздоровляться» и их взаимоотношения. Это явится важнейшим психогигиеническим фактором, целителем нервной системы людей.

Перед медицинскими работниками возникают новые задачи, вытекающие из нового этапа культурной революции, в который вступила наша страна. Программой КПСС, решениями XXII съезда КПСС поставлена задача преодоления пережит-

ков прошлого, в том числе и консервативных, антигигиенических, антисанитарных пережитков в быту, сознании и поведении части советских людей. Нужно иметь в виду, что диапазон влияния пережитков прошлого на здоровье людей весьма широк. Мы, как правило, видим лишь непосредственно отрицательное влияние некоторых пережитков на здоровье людей, например влияние обряда причащения и целования икон на распространение инфекций, влияние обряда крещения детей на возникновение простудных заболеваний и т. п. Помимо этого, нужно учитывать, что глубокая религиозность отдельных людей способна оказывать болезнетворное влияние на психику человека, лишать его психической бодрости, равновесия.

Одной из особенностей современного развития нашего общества является расширение сферы воздействия методов убеждения, воспитания, морального поощрения или осуждения. Сфера же административного, принудительного, репрессивного воздействия все более сокращается. Возникает задача изучения психогигиенического аспекта этого процесса, все более усиливающегося в ходе коммунистического строительства и имеющего далеко идущие гигиенические, оздоровительные последствия для психики людей.

Одной из задач медицины и здравоохранения в период развернутого строительства коммунизма является преодоление, разрешение противоречия между «внешними», «прописными» санитарно-гигиеническими нормами и требованиями и внутренней санитарно-гигиенической культурой людей. Это «внешнее» должно превратиться во «внутреннее» и стать гигиенической частицей личного, субъективного «Я» каждого человека. Об уровне развития культуры вообще и санитарно-гигиенической культуры в частности можно судить лишь по степени их распространения среди широких масс населения. Воспитание нового, коммунистического отношения каждого человека к своему здоровью — одна из важнейших задач как медицинских работников, так и самих трудящихся.

Оздоровление трудящихся в условиях социализма не ограничивается и не исчерпывается специфически медицинскими мероприятиями. Сфера факторов, оказывающих оздоровительное влияние на трудящихся, все более расширяется. В частности, к числу последних в настоящее время относится и система социального страхования в колхозно-кооперативном секторе. Одним из важнейших неспецифических оздоровительных факторов являются постоянно растущие общественные фонды потребления. Общественные фонды потребления в 1965 г. возрастут до 40 млрд. рублей, в то время как в 1940 г. они составляли лишь 4,2 млрд. рублей. С полным основанием обществен-

ные фонды потребления можно назвать фондами народного здоровья.

По мере приближения к коммунизму все более будет возрастать роль и увеличиваться удельный вес неспецифических, широких оздоровительных мероприятий. Будущее принадлежит не столько медицине медикаментозной, сколько медицине социально-гигиенической, профилактической.

Резкое изменение в динамике здоровья советских людей, увеличение средней продолжительности жизни до 70 лет, значительное снижение детской смертности, наличие самого высокого в мире естественного прироста населения и т. д. обусловлены главным образом коренными изменениями социально-экономических и санитарно-гигиенических условий жизни трудящихся. Даже чисто медицинские мероприятия дают высокий лечебный эффект лишь в силу того, что они действуют на фоне благоприятных социально-экономических условий социалистического общества.

Важной задачей медицины, выдвигаемой потребностями коммунистического строительства в нашей стране, является разработка позитивных гигиенических нормативов оптимума благоприятных для здорового труда, отдыха и быта трудящихся средовых факторов. Это, конечно, не снимает задачи разработки негативных, запретительных медико-гигиенических нормативов. В результате осуществления Программы КПСС возникает задача разработки мероприятий по предупреждению заболеваний, связанных с избыточным питанием. Создание достатка, обилия, а затем и изобилия продуктов питания в процессе коммунистического строительства будет выдвигать на первое место качественную сторону проблемы питания. Разрабатывая качественную сторону проблемы питания, медики-гигиенисты должны вносить в планово-хозяйственные учреждения страны свои предложения о необходимости доставки через торговую сеть отсутствующих в том или ином районе страны продуктов питания. Более того, в аналогичных случаях они должны вносить рекомендации о необходимости изменения структуры посевов, выращивания тех культур, которых недостает для качественно полноценного питания населения исследуемого района.

Знание основных социально-экономических тенденций развития нашего общества на пути к коммунизму поможет каждому медицинскому работнику полнее уяснить свои первоочередные задачи в борьбе за здоровье и долголетие строителей коммунизма.

Таким образом, исходя из признания решающей роли окружающей среды в жизнедеятельности организма, материалистическая медицина считает, что все биологические процессы, происходящие в организме человека, в конечном счете

опосредуются социально-экономическими факторами, материальными условиями жизни общества. С изменением социально-экономических отношений, с изменением в результате труда и революционной деятельности окружающей природной и социальной среды изменяется и характер обратного воздействия факторов среды на организм человека. В результате этого изменяются и условия развития болезней, их этиология, патогенез, а также защитно-приспособительные реакции организма.

ГЛАВА IX

КРИТИКА ИДЕАЛИЗМА И МЕТАФИЗИКИ В НЕКОТОРЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ЗАРУБЕЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

§ 1. Диалектический материализм — идейное оружие в борьбе против идеализма и метафизики

В своем философском завещании — статье «О значении воинствующего материализма» — В. И. Ленин говорил, что «...без солидного философского обоснования никакие естественные науки, никакой материализм не может выдержать борьбы против натиска буржуазных идей и восстановления буржуазного миросозерцания. Чтобы выдержать эту борьбу и провести ее до конца с полным успехом, естественник должен быть современным материалистом, сознательным сторонником того материализма, который представлен Марксом, то есть должен быть диалектическим материалистом» [1].

Это положение в настоящее время приобретает особую значимость, так как усиление борьбы двух идеологий—коммунистической и буржуазной — в эпоху общего кризиса капитализма находит отражение в методологической, мировоззренческой и идеологической направленности современной медико-биологической науки. Борьба материализма и идеализма, диалектики и метафизики, коммунистической и буржуазной идеологии — это «...отражение в духовной жизни человечества исторического процесса перехода от капитализма к социализму» [2].

В связи с вступлением империализма в новый, третий, этап общего кризиса капитализма происходит дальнейшее загни-

---

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 33, стр. 207.

[2] Материалы XXII съезда КПСС. Госполитиздат, 1962, стр. 357.

вание всех устоев этого отживающего свой век общественного строя. В области идеологии это проявляется в усилении реакционных, идеалистических и мистических течений и направлений.

В своей президентской речи на годичном собрании Академии наук штата Огайо в апреле 1958 г. «Псевдонаука и антинаука в век науки» Вальтер Крац[1] говорил о широком распространении в США различных антинаучных и псевдонаучных течений. Газеты концерна Херста до настоящего времени ведут яростную борьбу против вивисекции, а сторонники «христианской науки» не прекращают борьбу против применения прививок. В лечебно-медицинской практике используются мистические принципы «хиропрактики», т. е. диагностика и прогностика заболевания низводятся до уровня обычного гадания по линиям на ладонях рук и т. д. Ряд газет в современной Америке публикует ежегодные астрологические гороскопы, выпускаются специальные астрологические журналы и т. п.

Являясь методологией медицины, диалектический материализм вооружает медиков могучим оружием в борьбе с метафизическими и идеалистическими теориями и течениями, широко распространенными в медицине капиталистических стран.

Бурный прогресс современной медицины сопровождается крутой ломкой ряда теорий, идей и гипотез, казавшихся на протяжении длительного времени неопровержимыми. В подобные переломные эпохи, характеризующиеся пересмотром многих научных понятий и представлений, часто возникают всевозможные антинаучные течения и направления, питаемые классовыми симпатиями и антипатиями буржуазных ученых.

Идеологическая борьба в настоящее время идет широким фронтом, который охватывает и теоретические разделы медико-биологических наук. Эта борьба в эпоху общего кризиса капитализма усиливается не только в области общественных, но и естественных наук.

Философской основой нашего отношения к различным зарубежным медицинским течениям и теориям должно быть ленинское указание о недопустимости отождествления фактов с их истолкованием, интерпретацией, о недопустимости отождествления открытий и достижений буржуазных естествоиспытателей с их ошибочными, а иногда и весьма реакционными философскими выводами и обобщениями. «Задача марксистов, — говорил В. И. Ленин, — суметь усвоить себе и переработать те завоевания, которые делаются... и уметь о т с е ч ь

[1] W. C. K r a a t z. Pseudoscience and antiscience in an age of Science Ohio J. Sci., 1958, № 5, p. 261—269.

их реакционную тенденцию, уметь вести свою линию и бороться со всей линией враждебных нам сил и классов»[1].

Критикуя различные направления в медицине капиталистических стран, необходимо строго отличать убежденных и последовательных, ортодоксальных идеалистов и метафизиков от тех ученых-естествоиспытателей, которые в конкретных областях исследования стоят на стихийных естественноисторических, материалистических позициях, хотя и придерживаются в своих философских воззрениях некоторых идеалистических и метафизических принципов. Ведь нередко идеализм и метафизика для ряда ученых капиталистических стран не являются их глубоким личным убеждением, а являются лишь традиционной данью господствующему буржуазному мировоззрению.

В современной зарубежной медицине происходит все большее сближение медицины и философии. Все новейшие медицинские концепции опираются на ту или иную философскую систему, а в некоторых случаях и на взгляды ряда философских школ. Появляется большое количество работ, посвященных философским вопросам медицины, таких, как «Здоровье и прогресс» Р. Занда, «Ген и среда» С. Райта, «Проблема инстинктивного поведения человека и животных» Флетхера и т. д. На вооружение, как правило, берется идеализм в его многообразных формах — неопозитивизм, экзистенциализм, неотомизм, персонализм и др.

Таким образом, идеологическая борьба идет сейчас широким, развернутым фронтом, захватывающим и проблематику медицины. Выход советской медицины на широкую мировую арену обусловливает развитие все более тесных контактов с представителями медицины капиталистических стран. Это в свою очередь требует от советских медицинских работников быть во всеоружии в случае проявления буржуазной идеологии и идеалистических воззрений в конкретных областях медицины.

Соотношение материи и сознания, материального и идеального, физиологического и психического, физиологического и патологического — это важнейшие философские и естественнонаучные проблемы, вокруг которых в настоящее время идет острая идеологическая борьба.

Материалистическому учению И. П. Павлова о высшей нервной деятельности в современном зарубежном естествознании и философии противостоит ряд идеалистических, метафизических и вульгарноматериалистических течений и направлений. На передовой линии борьбы против павловского учения о высшей нервной деятельности стоит фрейдизм и неофрей-

[1] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 14, стр. 328

дизм. Под влиянием последнего в зарубежной науке возникли такие идеалистические направления, как психосоматика, парапсихология, психобиология, психодинамика и т. д.

§ 2. Критика философских основ фрейдизма (психоанализа)

Фрейдизм, а особенно его современная разновидность — психосоматика — оказали определенное влияние и на концепцию stress Г. Селье, парапсихологию и другие течения, широко распространенные в медико-биологической науке Запада.

В силу указанных обстоятельств критический разбор философских основ важнейших течений и направлений современной зарубежной медицины целесообразнее начать с фрейдизма как той теоретической основы, на которой выросли многие новейшие идеалистические течения.

И. П. Павлов и З. Фрейд[1] находятся на диаметрально противоположных полюсах идеологической борьбы в области физиологии, психологии и психиатрии. «Когда я думаю сейчас о Фрейде и о себе, — писал И. П. Павлов, — мне представляются две партии горнорабочих, которые начали копать железнодорожный туннель в подошве большой горы — человеческой психики. Разница состоит, однако, в том, что Фрейд взял немного вниз и зарылся в дебрях бессознательного, а мы добрались уже до света... Изучая явления иррадиации и концентрации торможения в мозгу, мы по часам можем ныне проследить, где начался интересующий нас нервный процесс, куда он перешел, сколько времени там оставался и в какой срок вернулся к исходному пункту. А Фрейд может только с бóльшим или меньшим блеском и интуицией гадать о внутренних состояниях человека»[2].

Эти слова лишний раз говорят о несостоятельности возрождаемой в настоящее время на Западе антинаучной концепции, согласно которой З. Фрейд и И. П. Павлов якобы одинаково стоят на научных позициях, исследуя одно и то же явление — психику, но с разных сторон: Фрейд будто бы изучает психику «снизу», со стороны бессознательного, а И. П. Павлов — «сверху», со стороны сознания.

Современные неофрейдисты, будучи не в состоянии не считаться со все более возрастающим влиянием материалисти-

---

[1] Подробнее о гносеологических корнях фрейдизма и его социологии см. работу Ф. Михайлова и Г. Царегородцева «За порогом сознания» Госполитиздат, 1961.

[2] Цит. по книге С. Д. Каминского «Динамические нарушения деятельности коры головного мозга». М., 1948, стр. 195—196

ческого учения И. П. Павлова, по существу возрождают троцкистскую точку зрения, согласно которой психика сравнивалась с колодцем, в который сверху смотрят павловцы, а на глубинное психологическое дно смотрят психоаналитики.

Для подтверждения подобной версии ссылаются на то, что как Фрейд, так и И. П. Павлов исходили из признания роли безусловных и условных рефлексов.

Но каково же в действительности понимание Фрейдом и И. П. Павловым рефлексов? Для Фрейда характерно сугубо механистическое понимание условных рефлексов. На этой основе он создал так называемую теорию навязчивого повторения. Фрейд иногда рассматривал психику взрослого человека как механическую сумму бесконечного количества условнорефлекторных реакций. Последние же в результате многократных повторений превращаются в привычки, которые и обусловливают всю последующую деятельность и поступки людей. В результате этого человек превращается в слепой автомат, управляемый возникшими привычками. Так называемое навязчивое повторение, т. е. привычки, с демонической силой вынуждают поступать человека строго определенным образом.

Фрейдовская теория «навязчивых повторений» является не только упрощенно-механистической, но и субъективно-идеалистической. Лишь в начале своего возникновения, по мнению Фрейда, внешние условия оказывают определенное влияние на возникновение механизма «навязчивых повторений». Другими словами, внешней среде отводится по существу роль своеобразного первотолчка. Однажды оказав определенное влияние на формирование привычек, в последующем роль среды сводится на нет. Дальнейшее поведение человека определяется не внешними условиями, а сугубо внутренними психическими силами — тенденцией привычки к самосохранению и обязательному проявлению при любых условиях в поступках, мыслях и чувствах людей. Следовательно, теория «навязчивого повторения» является логическим продолжением фрейдовского учения о решающей роли бессознательного в жизнедеятельности человека.

Бессознательные проявления человеческой психики фрейдизм противопоставляет не только внешней окружающей среде, но и сознанию. Само по себе признание бессознательного не является идеализмом. Материалистическая наука также признает существование бессознательного, которое в корне противоположно фрейдовскому.

В частности, в трудах основоположников марксизма-ленинизма встречается понятие о бессознательном, которое означает отсутствие понимания перспектив и целей поступков

людей и причин, обусловливающих эти поступки. В данном случае бессознательное аналогично стихийному. Примером этого является луддитское движение (от имени рабочего Лудда, будто бы уничтожившего вязальный станок в знак протеста против эксплуатации). Луддитское движение было бессознательным, стихийным, направленным на разрушение машин и станков. Не видя своих «одушевленных» врагов в лице буржуазии, не понимая сущности эксплуатации, рабочие и ремесленники второй половины XVIII и начала XIX веков направляли свой гнев против станков и машин.

Кроме того, материалистическая наука под бессознательным иногда понимает и так называемые автоматизированные поступки людей. Но и подобные поступки и привычки в конечном счете сформировались на базе сознания, под влиянием окружающей среды. В. А. Манассеин, в частности, говорил, что нельзя «...признавать область бессознательной душевной жизни за что-то независимое от сознания или чуждое ему» [1].

В течение жизни ряд произвольных психических актов превращается в непроизвольные, бессознательные, автоматические. Но и подобные акты возникли на основе сознания и находятся под его контролем.

Конечно, было бы неправильно рассматривать мозг как отражательный экран, запечатлевающий все детали «видимой картины» (внешние и внутренние воздействия). Гипнотические эксперименты говорят о том, что в сфере сознания находится лишь часть полученных впечатлений. Некоторые же впечатления находятся в неосознаваемом (бессознательном) состоянии.

Известно, что некоторые впечатления, полученные ранее, например в детстве, могут находиться в состоянии забвения (бессознательном состоянии). Но и они не пропадают бесследно. Например, грузинский писатель Гогебашвили в рассказе «Сила колыбельной» описывает весьма характерный случай. В прежние времена в одной грузинской семье была похищена маленькая девочка. Она была найдена родителями, когда стала взрослой. Она не могла признать своих родителей и тяготилась ими. Но однажды девушка услышала песню, которую мать часто пела над колыбелью маленькой девочки. Это помогло девушке вспомнить свою мать, свое отдаленное детство (и любимую колыбельную песню). Словом, эта песня воскресила забытое и далекое детство со всеми его подробностями.

Подобные воздействия долгое время могут храниться в «кладовой мозга», находясь ниже порога сознания. Но при

---

[1] В. А. Манассеин. О сознании. СПб., 1896, стр. 183.

определенных условиях они могут из бессознательной сферы проникнуть в сознание. Таким образом, забытое, находящееся до определенного времени за порогом сознания, также относится к разряду бессознательного.

Возникает вопрос, имеет ли бессознательное физиологическую основу.

Известно, что некоторые сигналы, идущие в большие полушария мозга, могут порождать определенные физиологические процессы, но не осознаваться. В частности, рецепторы внутренних органов постоянно направляют импульсы в подкорковые центры. На основе подобных импульсов возникают безусловные рефлексы деятельности сердца, кровяного давления, дыхания и т. д. Подобные рефлексы не осознаются человеком.

Огромное количество импульсов-сигналов от внутренних органов человеком не ощущается и не осознается, т. е. происходит ниже уровня сознания. Даже в коре больших полушарий, как показывает современная экспериментальная физиология, происходят процессы бессознательного характера. Например, опытами Г. В. Гершуни (1946) доказано, что у человека условные рефлексы могут возникнуть на звуковые раздражения даже при отсутствии слуховых ощущений, т. е. тогда, когда интенсивность раздражения слухового анализатора ниже порога его восприятия.

Обобщая все сказанное, можно сделать вывод, что в основе бессознательного лежит та часть физиологической и психической деятельности, которая осуществляется без осознания ее истинного значения.

Следовательно, фрейдовскому пониманию бессознательного нужно противопоставлять материалистическое понимание этого вопроса.

Часто рефлекторную деятельность организма Фрейд рассматривал с кантианских субъективно-идеалистических позиций. В книге «Толкование сновидений» он говорит о зависимости психики от рефлекторной деятельности. Но, по мнению Фрейда, сенсорная (sensus — ощущение, чувство) часть любого рефлекса отражает не внешний мир, а совокупность символов. Следовательно, сознание не способно отражать внешний материальный мир в адекватной, более или менее достоверной форме. Оно отражает его лишь в форме условных знаков, символов и иероглифов.

В свое время Кант утверждал, что ощущения так же не похожи на те предметы, под воздействием которых они возникают, как плач ребенка не похож на боль, которой он вызван; как дым не похож на огонь, без которого он не может возникнуть. Ощущения, по Канту, Мюллеру и Гельмгольцу, — лишь метки, символы и знаки вещей и предметов. Подобный

субъективно-идеалистический взгляд (символизм) положен в основу учения Фрейда об ощущениях.

Критика В. И. Лениным символизма Канта, Мюллера и Гельмгольца может быть целиком адресована и Фрейду. В. И. Ленин указывал, что ощущения — не символы, а копии, снимки, образы с предметов материальной действительности, их свойств и качеств.

Если в основе фрейдизма лежит субъективный идеализм, то павловское учение базируется на прочной основе материализма и теории отражения. Как ощущение, так и мышление И. П. Павлов рассматривал как разные формы отражения материальной действительности.

В противоположность Фрейду И. П. Павлов рассматривал условные рефлексы под углом зрения материалистической теории отражения. Условные рефлексы — это тонкий приспособительный акт организма к среде его обитания. Для нормального приспособления организма к среде необходимо не только образование условных связей (условных рефлексов), но и своевременное исчезновение их при изменении среды. Действительно, если свет электрической лампочки, превратившийся в сигнал пищевой реакции, не будет подкрепляться, то слюноотделение как условный рефлекс также прекратится (подвергнется торможению).

Основной силой, определяющей психическую деятельность человека, Фрейд считал инстинкты. По его мнению, инстинкт — это «пограничное понятие между психическим и физическим». Комментируя это определение, он говорил, что инстинкт является психическим отражением всевозможных потребностей телесных органов. Основные же инстинкты — это эротические (половые), летальные (смерть). Между ними происходит постоянная борьба. Если эротические инстинкты стремятся к «наслаждению органа», то летальные преследуют цель вернуть все живое в исходное, неорганическое состояние. Война, насилие, половые извращения и т. п. — следствие «подспудной» деятельности инстинкта смерти.

Игнорируя научно-физиологическую основу инстинктивной деятельности, Фрейд создал сугубо умозрительную, субъективистскую теорию инстинктов. Пытаясь придать своим теориям наукообразный вид, он говорил, что в основе половых инстинктивных влечений лежат определенные химические процессы. Психическая же деятельность якобы является функцией половых инстинктов (либидо, полового голода). На основе первичных инстинктов — полового и инстинкта смерти — образуется ряд вторичных, «надстроечных» инстинктов: честолюбивый, стяжательский, властолюбивый, собственнический, мошеннический и т. д. Отсюда легко сделать вывод, что обман, надувательство, карьеризм и т. д. — это нормальное биологи-

ческое состояние человека, а не «плохой продукт плохих», в частности буржуазных, общественных условий.

Научная физиология, пользующаяся объективными методами исследования, исходит из принципиально иного понимания инстинктов. И. П. Павлов считал, что в организме существуют определенные реакции, которые для своего функционирования не требуют предварительного обучения. Такие реакции принято считать врожденными (безусловные рефлексы). Такими рефлексами являются все те реакции, которые существуют с момента рождения или возникают на определенном этапе жизни организма, при достижении им известного уровня созревания. Наиболее сложные формы подобного поведения называются инстинктами. И. П. Павлов говорил, что инстинкты представляют собой сложную цепь ряда безусловнорефлекторных актов, в которой выполнение одного акта является стимулом и необходимым условием для возникновения следующего и т. д.

Опираясь на целый Монблан фактов, И. П. Павлов установил, что в поведении современного человека инстинкты играют лишь вспомогательную роль. По И. П. Павлову, система безусловных рефлексов (инстинктов) связывается временной связью с корой головного мозга как органом взаимодействия человека с окружающей средой. Инстинкты человека претерпевают существенное изменение, «очеловечиваются».

Научная физиология выступает и против попытки механистического сведения поведения человека к сумме условных рефлексов. Для психики человека, основанной на условнорефлекторной деятельности, внешняя среда выступает не только в роли простого раздражителя. Поведение человека предполагает осознание своих поступков. Если в условнорефлекторном акте внешняя среда выступает лишь в роли простого раздражителя, то сознательная деятельность направлена на овладение и преобразование этой среды.

Сводя психику человека к неизменным инстинктам, фрейдизм тем самым отрицает возможность ее развития и совершенствования. При подобном взгляде невозможно увидеть существенную разницу между сознанием первобытного дикаря и современного человека.

В отличие от Фрейда И. П. Павлов считал, что безусловные рефлексы, в том числе и инстинкты, позволяют приспосабливаться лишь к относительно неизменным условиям окружающей среды, что в основе психической деятельности высокоразвитых животных лежит сложный механизм условнорефлекторных связей.

Наиболее наглядно несовместимость фрейдовского и павловского учения проявляется во взглядах на природу сознания человека. В этом вопросе Фрейд стоит на антиэволюци-

онной точке зрения. Он не учитывает длительный филогенетический, т. е. видовой, исторический, путь развития сознания человека под непосредственным и решающим влиянием общественной жизни и ее важнейших компонентов — трудовой, производственной деятельности.

Отказ от эволюционного подхода к вопросу происхождения сознания, отрицание роли социальных условий в формировании сознания привели Фрейда к отождествлению психики человека с психикой высокоразвитых животных. Это определило фрейдовский взгляд на сознание как на сугубо биологический процесс. «Фрейд проглядел решающую роль коры головного мозга, эволюционизировавшей в процессе общественного развития, и своей теорией инстинктов дал чисто биологическое объяснение социальной и психической деятельности человека. Этим самым Фрейд отбросил и свел на нет все, что есть в людях подлинно человеческого. Он отбросил все положительное — социальное достоинство, любовь, мужество, преданность и порядочность он свел к сублимированным проявлениям животных влечений, которые по природе своей совершенно антисоциальны и абсолютно эгоцентричны. Фрейд проглядел также и то решающее влияние, которое имел современный труд на создание человека таким, каким мы знаем его теперь»[1].

Умозрительно разделив психику человека на сознательное, подсознательное и бессознательное, Фрейд рассматривал любое душевное явление как следствие борьбы между сознательным и бессознательным. «Сознательное „Я“ и бессознательное „Оно“ подчинены более высокой инстанции „сверх — Я“. Если „Оно“ представляет лежащие под порогом сознания „душевные порывы“ (Seelische Regungen), то „Сверх — Я“ является метапсихической и метафизической инстанцией, т. е. „моральным законом в себе“ (Кант)»[2]. Содержанием сознания, по Фрейду, являются процессы, осознаваемые в данный момент времени. Сознание в конечном счете сводится им к вниманию и исчерпывается им. При этом сознание отражает не окружающую среду, не общественное бытие человека, а лишь глубинные психические процессы. Даже эти процессы якобы отражаются в искаженной форме. Сознание всегда дает преднамеренно извращенные сведения о психической жизни человека.

Сведения, поступающие в сознание из глубин психики, из бессознательного, принимают искаженную форму вследствие вмешательства так называемой цензуры. Цензура пропуска-

---

[1] Дж. Б. Фурст. Невротик, его среда и внутренний мир. Изд. иностранной литературы, 1957, стр. 74.

[2] K. Kolle. Kraepelin und Freud. Beitrag zur neueren Geschichte der Psychiatrie, 1957.

ет в сознание лишь то, что не противоречит определенным нравственным нормам, так называемому «Идеал—Я». Кровосмесительные, разрушительные и тому подобные инстинктивные побуждения могут проникнуть в сознание лишь обманным путем — в форме иносказательных образов, сновидений, неврозов, галлюцинаций, оговорок, описок и т. д. «Помещая», локализуя сознание в коре больших полушарий, Фрейд говорил о его способности контактировать с внешним миром. Но это контактирование является весьма ограниченным, так как на его пути находится толстый слой черепной коробки. Возможности же взаимодействия сознания с подсознательным и бессознательным якобы неограниченны, так как последние находятся в нижних частях мозга и между ними нет непреодолимого барьера, кроме вымышленного механизма цензуры.

Деятельность органов чувств Фрейд также рассматривает с субъективно-идеалистических и агностических позиций. Органы чувств он механически сравнивает с «щупальцами, которые прощупывают внешний мир и потом опять вбираются»[1]. Исходя из этого, он делает вывод, что содержание сознания определяется не воздействиями, поступающими из внешнего и главным образом социального мира, а внутренними бессознательными влечениями и инстинктами. «Положение, что сознание (и поэтому личность, поведение и характер так же, как наука и искусство) определяется внутренними врожденными инстинктивными силами, а не внешним и приобретенным чувственным опытом, является центральной доктриной, на которой основаны все теории Фрейда»[2].

Согласно учению И. П. Павлова, сознание является свойством мозга отражать окружающий мир. Следовательно, содержание сознания определяется не таинственными процессами, происходящими в глубинах бессознательного, а самим внешним миром, отражаемым сознанием. Сознание с точки зрения марксизма — это свойство мозга отражать окружающий мир, это орудие ориентировки человека и важнейшее средство связи человека с внешним миром и другими людьми.

Фрейд же отрывает психическую деятельность людей и ее важнейшую часть — сознание — от материальных условий, от общественной жизни. Первичным по отношению к сознанию, по Фрейду, является не материальное общественное бытие, а биологические процессы организма, так называмое бессознательное, в конечном счете внутренний обмен веществ и работа желез внутренней секреции.

---

[1] З. Фрейд. По ту сторону принципа удовольствия. М., 1925, стр. 62.
[2] Г. Уэллс. Павлов и Фрейд. Изд. иностранной литературы, 1959, стр. 403.

Понять природу сознания можно лишь тогда, когда оно рассматривается не как биологическое явление, а как продукт длительного трудового развития. Д. Фурст, критикуя фрейдовскую концепцию сознания, справедливо говорил, что нельзя понять человеческое сознание, сводя его к биологическим явлениям, как нельзя понять симфонию Брамса, сводя ее к физике звука.

В отличие от Фрейда, отождествлявшего по существу сознание с вниманием, И. П. Павлов рассматривал последнее как одно из проявлений психики. Если в учении Фрейда сознание ставится в полную, ничем не ограниченную зависимость от инстинктов, родовых и детских бессознательных воспоминаний, то с точки зрения научной физиологии в основе сознания и мышления лежит вторая (языковая) система сигнализации, являющаяся продуктом исторического развития.

И. П. Павлов указывал, что с физиологической стороны мышление человека является условнорефлекторной деятельностью. Но благодаря языку оно приобрело качественно новый характер. Вторая сигнальная система лежит в основе абстрактного мышления, т. е. мышления понятиями.

Павловская физиологическая школа доказала, что благодаря трудовой деятельности в коре больших полушарий возник новый сложный анализатор. Этим анализатором является поле 40. Повреждение данного поля ведет к утрате тех навыков, которые были выработаны в процессе индивидуального развития человека. В клинике эти явления называются идеаторной апраксией, наступающей при поражении данного поля в левом полушарии у правши.

По И. П. Павлову, в основе высшей психической деятельности — сознания и мышления — лежит слово, представляющее собой обобщение массы раздражителей, так как оно связано не только с опытом данного человека, но и с опытом предшествующих поколений, говорящих на данном языке и живущих в определенных социальных условиях.

Не племенные воспоминания и сексуальные переживания периода раннего детства, а вторая сигнальная система является главным регулятором психической деятельности людей. И. П. Павлов говорил, что вторая сигнальная система постоянно держит «под сурдинкой» первую. Только в исключительных случаях — гипнотическом состоянии и состоянии сна — нарушается контроль со стороны второй сигнальной системы.

Под влиянием второй сигнальной системы существенно изменилась деятельность первой сигнальной системы. В силу этого ощущения и восприятия человека, будучи социально обусловленными, качественно отличаются от ощущений и восприятий животных. Например, собака может чувствовать очень слабые запахи, но при условии, если они имеют биоло-

гическое значение. В то же время она не способна различать большое количество запахов, которые может различать человек. Не случайно К. Маркс назвал органы чувств человека продуктом общественного развития.

Д. Фурст в книге «Невротик, его среда и внутренний мир» приводит весьма характерные факты, опровергающие фрейдовский взгляд на сугубо биологическую природу человека и его сознания. Он указывает, что «...люди, потерпевшие кораблекрушение и попавшие на необитаемые острова, пастухи, лица, находящиеся в одиночном заключении, одиночные старатели и все те, кто изолирует себя от общества или изолируется в принудительном порядке самим обществом на длительный период времени... теряют беглость речи. В конечном счете они вообще теряют способность разговаривать. Вдобавок они привыкают к своему новому положению и становятся болезненно чувствительными и нетерпимыми к отношениям, сложившимся в цивилизованном человеческом обществе. Цивилизованные обычаи, манеры и вкусы у них исчезают... Память у таких людей слабеет, уменьшается их способность к абстрактному, понятийному мышлению. Интересы и перспективы деятельности сужаются; весь психический мир сужается и изменяется» [1].

Естественно, что диаметрально противоположные взгляды Фрейда и И. П. Павлова на психику в целом несовместимы и при оценке отдельных психических явлений. Несовместимы взгляды Фрейда и И. П. Павлова и на такие явления, как сон, сновидения, гипноз и т. д. Например, сон, по Фрейду, — это одна из форм возврата человека к внутриутробному, эмбриональному (пренатальному) состоянию. Во время сна психика человека якобы возвращается в состояние первобытного нарциссизма, что будто бы ведет к забвению интересов внешнего мира и самолюбованию. При этом такое самолюбование опять-таки происходит на сексуальной основе. Кроме того, во время сна происходит иллюзорное, или, как говорит Фрейд, галлюцинаторное, исполнение желаний. Рассматривая человека пансексуальным существом, он делает вывод, что во сне исполняются сексуальные бессознательные желания человека.

Во время сна якобы происходит усиление деятельности бессознательного, так как в это время цензура становится менее критической и настороженной. Пользуясь ослабленной бдительностью цензуры, бессознательные влечения получают возможность проникновения в сознание. А это в свою очередь может привести к нарушению сна. Сон будет продолжаться, если бессознательные инстинктивные влечения найдут раз-

---

[1] Д. Фурст. Невротик, его среда и внутренний мир. Изд. иностранной литературы, 1957, стр. 175.

рядку хотя бы в иллюзорном исполнении желаний — в форме галлюцинаций. Подобное исполнение бессознательных желаний Фрейд называет сновидениями.

Так как цензура не прекращает своей деятельности даже во время сна, говорит Фрейд, то бессознательные влечения по-прежнему должны облекаться в маскировочный наряд, принимать символическую, иносказательную форму. Поэтому Фрейд делит сновидения на две части — внешнюю символику и ее тайный внутренний смысл. Если внешняя сторона сновидений образуется за счет недавних впечатлений, то их смысловая сторона якобы определяется родовыми сексуальными влечениями, эдиповым комплексом и т. д. Проснувшийся человек удерживает в памяти внешнюю сторону сновидений, его образы. Так как каждый образ якобы имеет строго определенный смысл, то становится возможным истолкование этих сновидений.

В противоположность умозрительному взгляду Фрейда на сон и сновидения И. П. Павлов и его школа доказали, что сон — это физиологический процесс торможения нервных клеток головного мозга. «Внутреннее торможение и сон — один и тот же процесс»[1].

Во время сна действительно происходит «забвение» интересов внешнего мира. Но это «забвение» происходит не для того, чтобы предоставить возможность любования самим собой, а для того, чтобы охранить мозг от перенапряжения и истощения. Поэтому И. П. Павлов и назвал сон охранительным торможением. Но и во время сна мозг не изолируется полностью от воздействий внешнего мира, не происходит, как считал Фрейд, полного отключения от внешнего мира. В коре больших полушарий мозга человека, находящегося в состоянии сна, сохраняется очаг возбуждения, названный И. П. Павловым «сторожевым пунктом». Последний является связующим моментом человека с внешним миром. Например, уснувшая мать может не реагировать на шум уличного движения, свет, разговоры окружающих, но просыпается от малейшего движения или плача ребенка. Это так называемый частичный сон.

Сновидения, согласно современным научным взглядам, являются не следствием исполнения бессознательных желаний, а результатом разновременного распространения торможения на сигнальные системы. Во время сна торможение сначала распространяется на вторую сигнальную систему, на те нервные центры, которые обусловливают сознательную деятельность человека. Но некоторые отделы мозга по-прежнему могут находиться в состоянии бодрствования. Заторможенное

---

[1] И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. IV, 1951, стр. 263.

в это время сознание оказывается неспособным контролировать поступающие внутренние и внешние впечатления. В силу этого связь между образами и впечатлениями нарушается, возникают хаотические, лишенные всякой логической связи впечатления, воспоминания и т. д. Они составляют содержание сновидений.

Как уже говорилось, мозг не является своеобразным экраном, лишь реагирующим и отражающим всевозможные воздействия. Точнее говоря, мозг отражает не только воздействия данного момента. Он сохраняет многие следы предшествующих воздействий и впечатлений.

При отсутствии контроля со стороны сознания, со стороны второй сигнальной системы следы прошлых и настоящих впечатлений, иногда забытых, различные осуществленные и неосуществленные желания и т. п. объединяются в самые неестественные, фантастические картины сновидений. Поэтому И. М. Сеченов метко и образно называл сновидения небывалыми комбинациями бывалых впечатлений.

Фрейд же игнорировал физиологический механизм сновидений и умозрительным путем стремился раскрыть их смысл и значение. Но он по существу отвлекся от того важнейшего обстоятельства, что «смысловая» сторона сновидений зависит от жизненных ситуаций, от общественной сущности личности и прежде всего от сознания как отражения внешнего мира.

Современная материалистическая наука, опирающаяся на объективно-физиологическое учение И. П. Павлова, доказала, что источником сновидений являются воздействия внутренних и внешних раздражителей на нервную систему. В результате этого человек не может увидеть во сне того, чего хотя бы частично и даже неосознанно не видел в бодрствующем состоянии. Самые фантастические сновидения в конечном счете основываются на многочисленных жизненных явлениях.

Материалистическая физиология и психология считают, что некоторые сны имеют и «смысловой» характер. Более того, часть снов может иметь «диагностическое» значение. Подобные сновидения возникают в результате заболевания тех или иных органов. В частности, пациенту однажды приснилось, что у него «окаменела» нога. В последующем у него развился паралич этой ноги. Другому пациенту часто снилось, что он проглатывает различные жесткие предметы. В последующем у него была обнаружена злокачественная опухоль глотки. Но подобные «предсказывающие» сновидения не имеют ничего мистического. Они не подтверждают и фрейдистской символики сновидений. Эти сновидения могут быть объяснены на основе выявленных научной физиологией закономерностей. Бодрствующее сознание указанных лиц, получая массу сильных раздражителей из внешнего и внутреннего мира, не

могло уловить слабых импульсов, посылавшихся «заболевающими» органами. Во время же сна даже незначительные импульсы, идущие от заболевающих органов в мозг, уже не подавлялись более сильными раздражителями, идущими из внешнего мира.

Не менее антинаучным является и фрейдовский взгляд на гипноз. По Фрейду, в психике человека существуют врожденные воспоминания о всесильном племенном вожде. «Бессознательное племенное воспоминание, особенно важное для объяснения Фрейдом гипноза, — это вытесненный образ вождя „первобытной орды“, чье лицо ужасно созерцать и кому можно только покоряться. Это тот бессознательный образ, который лежит в основе подчинения ребенка отцу — зависимости субъекта от гипнотизера»[1].

Следовательно, перенесение вытесненных бессознательных отношений с первобытных богов, племенных вождей на гипнотизера составляет сущность гипноза. Взгляд, слова и приказы гипнотизера якобы возрождают беспрекословное подчинение гипнотизируемого человека прошлым авторитетам в лице вождя, отца или первобытного божества. Другими словами, гипнотизер, опираясь на врожденное чувство подчинения авторитетам, сам становится на их место. Силой своего воздействия он способствует проникновению бессознательных импульсов в сферу сознания, которые затем становятся мотивом поступков человека. «... Гипнотизер, — пишет Фрейд, — заключает в себе нечто жуткое. Характер же жуткого указывает на какое-то вытеснение дряхлой старины в искренней привязанности... Итак, гипнотизер будит своими мероприятиями у гипнотизируемого часть его архаического наследства, которое проявлялось и в отношении к родителям и которое претерпевало в отношении к отцу индивидуальное возобновление, он будит представление об очень сильной личности, в отношении к которой можно иметь только пассивно мазохистическую (вид полового извращения.— *Г. Ц.*) установку, в присутствии которой нужно потерять свою волю; остаться с ней наедине, „попасться ей на глаза“ является большим риском»[2].

Если Фрейд построил свою теорию гипноза на субъективистских выводах и мифологических основаниях, то павловское учение о гипнозе построено на прочном физиологическом фундаменте и объективных методах исследования. И. П. Павлов рассматривал гипноз как частичный или неполный сон. При подобном состоянии процесс торможения распространяется не на всю кору, а лишь на определенные ее части. В коре

---

[1] Г. Уэллс. Павлов и Фрейд. Издательство иностранной литературы, 1959, стр. 405, 406.

[2] З. Фрейд. Психология масс и анализ человеческого «Я». М., 1925, стр. 74, 75, 77.

больших полушарий головного мозга остаются так называемые бодрствующие участки, или очаги. Эти участки являются связующими звеньями между гипнотизером и загипнотизированным. «... Если на пути разливающегося по коре больших полушарий торможения никаких препятствий в виде очагов сильного возбуждения нет, вы получите общий обыкновенный сон. В случае охвата тормозным процессом только части коры больших полушарий вы будете иметь частичный сон — состояние, обыкновенно называемое гипнозом»[1].

Человек подчиняется гипнотизеру не потому, что у него имеется врожденное предрасположение и механизм отождествления гипнотизера с «племенным вождем», «отцом» и т. д., а потому, что в состоянии гипноза высшие отделы мозга бездействуют, за исключением «сторожевых пунктов», через посредство которых гипнотизер влияет на гипнотизируемого.

Разъясняя механизм действия гипноза, И. П. Павлов указывал на резкое понижение у загипнотизированного критического отношения к происходящему. В результате внушения гипнотизера его приказы беспрекословно выполняются.

В этой связи очень интересным представляется факт, о котором рассказывает Б. Драпкин: «Человеку в глубоком гипнотическом состоянии врач вкладывал в руку картонный нож, внушая, что это настоящее оружие, а затем приказывал ударить его этим ножом! Загипнотизированный исправно выполнял приказ. Но стоило заменить картонный нож настоящим, как вслед за приказом „удар!“ наступало мгновенное резкое пробуждение. И это закономерно. Все то, что противоречит личности человека, его жизненным интересам, в гипнотическом состоянии внушить чрезвычайно трудно. С преступной же целью практически невозможно»[2].

Если сила гипнотического внушения, по Фрейду, покоится на врожденных авторитарных отношениях к «вождям», «отцам» и т. д., то, по И. П. Павлову, в основе гипнотического внушения лежит слово как продукт социального развития человека. «Слово благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обусловливают те раздражения. Таким образом, внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека»[3].

---

[1] И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. III, кн. 2. М.—Л., 1951, стр. 393.

[2] См. «Литературная газета» от 11 июня 1964 г.

[3] И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. IV. М.—Л., 1951, стр. 429.

Современная физиология располагает многочисленными экспериментальными данными, которые характеризуют гипнотическое внушение как естественный физиологический процесс. Например, внушение сытости («мнимое кормление») ведет к увеличению лейкоцитов в крови, т. е. возникает так называемый пищеварительный лейкоцитоз, который наблюдается после фактического принятия пищи. Внушение чувства голода способно привести к лейкопении, т. е. уменьшению содержания лейкоцитов в крови. Встречаются факты мнимых (внушаемых) раковых заболеваний, мнимой беременности и т. п. Следовательно, гипнотическое внушение и самовнушение находят научно-физиологическое объяснение и несовместимы с субъективистским, мифотворческим взглядом Фрейда на этот вопрос.

Все «учение» Фрейда построено на порочной антинаучной основе. Однако следует отметить, что в этих мифологических рамках фрейдизм относительно логичен и отличается определенной последовательностью, что может подкупить неискушенного читателя. Например, взгляд Фрейда на характер психических заболеваний логически вытекает из общетеоретических воззрений на психику человека.

Известно, что, по мнению Фрейда, поведение и все поступки человека обусловливаются борьбой между «сознательной» оценкой происходящего, с одной стороны, и бессознательными влечениями — с другой. Так как бессознательные влечения встречают препятствия на своем пути в виде цензуры, то они обычно вытесняются. Но вытесненные влечения не прекращают своей жизни. Они стремятся снова «прорваться» в сферу сознания. Это проникновение осуществляется не только в форме сновидений, но и в виде невротических симптомов. Один из учеников Фрейда, Одиер, в следующих словах выразил взгляд своего учителя на невроз: «Если представить цензуру в виде таможенного поста, невроз можно будет сравнить с обширной контрабандной организацией».

Не видя зависимости психических заболеваний от расстройства головного мозга как их материального субстрата, Фрейд рассматривает функциональные невротические расстройства как сугубо психические явления.

При поверхностном ознакомлении с фрейдистской психиатрией может создаться впечатление, что она признает зависимость неврозов от окружающей социальной среды. Иногда Фрейд говорит о неврозах как о вынужденной жертве за развитие цивилизации. Это означает, что с развитием общества на человека налагается все более возрастающее количество различных ограничений, преимущественно нравственного характера. В основном эти ограничения распространяются на сексуальные и кровосмесительные влечения, порождаемые

действием эдипова комплекса. Подобные влечения вытесняются в бессознательное, а их стремление вернуться в сознание порождает различные неврозы.

Но здесь внешней среде отводится роль внешнего пускового механизма, который якобы приводит в движение бунтарские бессознательные влечения. Образно говоря, внешняя среда в учении Фрейда о неврозах уподобляется искре, а вытесненные бессознательные сексуальные влечения — пороховому погребу, готовому в любой момент взорваться. Следовательно, причины неврозов, по Фрейду, находятся не во внешней среде и ее многогранных воздействиях на психику человека, а в биологической и неизменной природе человека, обусловленной племенной и индивидуальной (в основном детской) сексуальностью, действием эдипова комплекса.

Несостоятельность фрейдовского взгляда на неврозы как следствие эдипова комплекса была вскрыта многими крупными психиатрами. В частности, Фрейду были поставлены такие вопросы: могут ли заболеть неврозами дети, которые вскармливались искусственно, а не молоком матери; постигнет ли подобная участь детей, с младенческих лет живущих в детских домах; проявлялся ли эдипов комплекс в эпоху матриархата, когда дети не могли знать своих отцов, и т. д.

Если следовать логике фрейдизма, то данные лица не должны болеть неврозами, так как они в детстве избежали так называемой эдиповской стадии развития, так называемого фатер-комплекса. Уже сама постановка этих вопросов показывает несостоятельность и умозрительность фрейдизма и его теории неврозов.

Несостоятельной является и фрейдистская терапия неврозов. Лечение неврозов, по Фрейду, сводится к тому, чтобы бессознательные влечения, породившие то или иное психическое заболевание, довести до сознания больного, расшифровать его тайные влечения. А так как невротические симптомы облекаются в символическую форму, то необходима расшифровка этой символики. Последнее является одной из важнейших задач психоанализа.

Раскрывая тайный, символический смысл симптомов различных заболеваний, фрейдизм опять-таки становится на путь мифотворчества. Согласно психоанализу, шизофрения, например, является следствием нарциссизма, самовлюбленности, а алкоголизм — продуктом гомосексуальных влечений и т. д. Словом, как в основе нормальной психической деятельности, так и в основе различных психических заболеваний лежит якобы пансексуализм.

Современная материалистическая психиатрия рассматривает психические заболевания как следствие расстройства нервной системы и прежде всего коры больших полушарий.

В учении И. П. Павлова о неврозах уделяется большое внимание влиянию социальных факторов, неблагоприятных жизненных ситуаций, жизненных конфликтов и других факторов на переутомление центральной нервной системы. И. П. Павлов не отрицал и роли внутренних соматических факторов, токсических продуктов и т. д. в возникновении и развитии неврозов.

Основной задачей терапии неврозов И. П. Павлов считал восстановление нормального функционирования больших полушарий головного мозга. Для восстановления равновесия между тормозными и возбудительными процессами он рекомендовал применение различных способов, начиная от фармацевтических средств до терапии сном.

Современные последователи учения Фрейда, стремясь укрепить позиции психоанализа, все более отождествляют «теорию» Фрейда с учением И. П. Павлова. В частности, отождествляется фрейдовский взгляд на неврозы как следствие конфликта между запретами общества и бессознательными сексуальными влечениями с павловским положением о болезнетворности конфликтов влечений. Но здесь не учитывается ряд важнейших обстоятельств. Во-первых, положение о болезнетворности конфликта влечений было выдвинуто теорией и практикой за несколько лет до появления фрейдизма (С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, позднее И. П. Павлов и др.). Во-вторых, это положение в учении Фрейда и И. П. Павлова имеет противоположный смысл. Вопреки фрейдовскому пансексуализму, якобы встречающему преграду в лице всевозможных ограничений со стороны цивилизации и тем самым порождающему психические заболевания, И. П. Павлов говорил о причинной зависимости функциональных и органических расстройств от так называемых сшибок и аффективных противоречий.

Действительно, человек как общественно-историческое, сознательное существо не идет на поводу своих чувств и эмоций. Часть своих чувственных побуждений он должен задерживать, тормозить или преобразовывать. Эти задержанные эмоции могут стать причиной различных перенапряжений и неврозов.

В свою очередь подобные конфликты и перенапряжения являются результатом неблагоприятного влияния внешних и главным образом социально-экономических условий. Рост числа психических заболеваний в США, обусловленных неуверенностью в завтрашнем дне, влиянием милитаристской пропаганды, страхом перед возможностью ракетно-ядерной войны и т. д. — наглядное опровержение воззрений фрейдистов о неврозах как о сугубо внутренних инстинктивных процессах.

Следовательно, фрейдистскому умозрительному пониманию конфликтов необходимо противопоставлять научно-материалистическое понимание этого вопроса, основы которого разработаны И. П. Павловым и его школой.

Если учение И. П. Павлова показывает теоретическую несостоятельность психоанализа, то клиническая практика вскрывает его терапевтическую бесплодность. В частности, из данных Майлса и других авторов, опубликовавших в 1951 г. («Психосоматическая медицина») итоги нескольких десятков исследований, вытекает неопровержимый вывод, что количество выздоровевших от функциональных психических заболеваний, не пользовавшихся методом психоанализа, выше, чем у больных с подобными заболеваниями, которые подвергались психоаналитической терапии.

Фрейдистская терапия полностью игнорирует роль этиологии, патогенеза заболеваний и сводит на нет влияние внешней среды в возникновении болезней. Случаи же излечения при помощи психоанализа — это в лучшем случае результат внушения и самовнушения или следствие естественного развития болезни, когда физиологический защитный механизм одерживает победу над патологическими, разрушительными процессами.

Фрейдизм не только теоретически несостоятелен, но и терапевтически бесплоден. Под влиянием психоанализа развивается электросудорожная терапия неврозов. Она ставит задачу «вернуть больного в состояние детства для преодоления сексуальных, агрессивных и иных комплексов». Пришедший в сознание после мучительных электрошоков больной рассматривается «возвратившимся во взрослое состояние» [1].

Даже сами психоаналитики в последнее время ставят под сомнение терапевтическую эффективность некоторых «лечебных» принципов фрейдизма, в частности психоаналитическую технику. Например, Д. Маркондес[2] в статье «Интерпретационная концепция психоанализа» говорит об успешности психоаналитического лечения лишь в первые годы деятельности врача-психоаналитика, когда его технические знания весьма ограничены.

По существу отрицая эффективность психоаналитической техники, автор в то же время делает реабилитирующее фрейдизм заключение, что отмеченное обстоятельство якобы происходит потому, что истинная величина аналитического воздействия не полностью отражается в сознании.

---

[1] См. Журнал невропатологии и психиатрии, 1929, т. LIX, в. 10.

[2] D. Marcondes. The concept of interpretation in psychoanalysis. J. Nerv. Ment. Dis., 1958, 127, 5, p. 443—447.

Фрейдизм стремится скрыть подлинные причины массовых заболеваний трудящихся в современных условиях, коренящихся в самой природе буржуазного общества.

Психоневрозы в действительности являются результатом социальных конфликтов и анатагонистических противоречий империалистического общества. Все это, дополненное военным психозом, предельно накаляющим психику человека, привело к тому, что сейчас в одних только США насчитываются миллионы психически больных. При этом статистика говорит о постоянном увеличении психоневрозов в капиталистических странах.

На основе психоанализа в США распространяются «теории», согласно которым неврозы, распространенные в среде рабочего класса, рассматриваются как символическое выражение инстинктивного стремления рабочего избавиться от труда. В этом смысле безработица, например, изображается как обычное биологическое явление.

Современные психоаналитики и психосоматики, во многом идущие по стопам фрейдизма, пытаются дискредитировать роль профилактики, рассматривая ее своеобразным анахронизмом и пережитком прошлого. Профилактика — это якобы пройденный этап, она была пригодна лишь тогда, когда среди всевозможных болезней преобладали инфекционные заболевания. Отрицание профилактики — это прежде всего отрицание необходимости улучшения условий жизни, труда и быта народных масс, это оправдание налогового пресса, все более сжимающегося под тяжестью милитаристской экономики.

В последние годы сторонники учения Фрейда, так называемые неофрейдисты, предпринимают ряд попыток сблизить, сроднить учение И. П. Павлова с психоанализом Фрейда. Часто симпозиумы, конференции, съезды зарубежных психологов и психиатров посвящаются теме «Фрейд и Павлов». Например, этой теме был посвящен симпозиум, состоявшийся в 1957 г. во Фрейбурге. Он ставил задачу сближения несовместимых по своему существу учений. Этой же задаче в значительной мере был посвящен XX Международный конгресс психоаналитиков (Париж, 1957).

Оживление фрейдизма в определенной мере связано с активизацией ревизионистских элементов. Попытку примирения учения Фрейда и И. П. Павлова следует рассматривать как ревизионистскую тенденцию по отношению к научной физиологии и объективным методам изучения организма. Всплыв на мутной волне ревизионизма, фрейдизм пытается завоевать неустойчивые в мировоззренческом отношении слои научной интеллигенции. Американские фрейдисты сейчас говорят о необходимости обратного экспорта фрейдизма в «отсталую» Европу и другие континенты.

Подобная жажда экспорта объясняется не научными, а сугубо идеологическими и политическими соображениями. Военная, экономическая и политическая экспансия США дополняется и сопровождается мировоззренческой, идеалистической агрессией. Распространение фрейдизма —это распространение одного из наиболее реакционных проявлений современной буржуазной идеологии. Вот почему борьба с фрейдизмом, борьба за чистоту методологических основ павловского учения имеет не только научный, но и политический характер.

Оживляющее влияние на фрейдизм оказали некоторые достижения науки последних лет и прежде всего изучение ретикулярной формации, или сетчатого вещества ствола мозга. На этой основе предпринимается попытка ревизовать учение И. П. Павлова о ведущей роли коры больших полушарий в регуляции жизнедеятельности человека.

Действительно, рядом ученых обнаружено влияние ретикулярной формации ствола мозга не только на спинной мозг, но и на кору больших полушарий. В частности, экспериментально доказано, что раздражение сетчатого вещества ствола мозга способно изменять исходную электрическую активность значительной части коры, что выражается в повышении уровня ее возбудимости.

В 40-х годах текущего столетия канадский нейрохирург Пенфилд и физиолог Джаспер сделали предположение, что возбуждение нейронов головного мозга как физиологическая предпосылка сознания обусловлено клетками и нервными волокнами, находящимися в мозговом стволе. Другими словами, они неимоверно переоценили роль подкорковых образований. Переместив механизм физиологических процессов как основу поведения и сознания человека из коры больших полушарий в подкорку, в сторону сетчатого вещества ствола мозга, они тем самым сделали решающий шаг на пути к фрейдизму. Ведь и сам Фрейд рассматривал подкорковые образования как основу психической жизни человека.

Следовательно, на новом уровне физиологических знаний некоторыми буржуазными учеными воспроизводится старый антипавловский, в своей основе фрейдистский взгляд на ретикулярную формацию мозга как ведущий интегрирующий центр поведения человека и высших животных. Фрейдисты делают вывод, что современная физиология якобы подтверждает положения психоаналитиков о ведущей роли подкорки и так называемого бессознательного в жизнедеятельности человека.

Антинаучность подобных взглядов состоит в том, что здесь полностью игнорируется эволюционный подход к проблеме изучения мозга. Сейчас доказано, что ретикулярная формация выполняет роль главного центра координации поведения и различных реакций лишь у низших животных. В процессе же

длительного эволюционного, филогенетического развития она уступает место новым отделам мозгового ствола и коре больших полушарий. В частности, если объем клеточных групп ретикулярной формации продолговатого мозга от кролика к человеку увеличивается в 3 раза, то площадь коры больших полушарий увеличивается в 90 раз[1]. Эти факты говорят о постоянном возрастании роли коры мозга в регуляции высшей нервной деятельности.

Кроме того, подобные неофрейдистские теории являются односторонне биологическими. Они отождествляют роль ретикулярной формации мозга в поведении животных (особенно низших) с той ролью, которую выполняет ретикулярная формация мозга в жизнедеятельности человека как высшего «животного», как общественного существа, обладающего второй сигнальной системой.

Новые данные физиологии не опровергают, а вновь подтверждают коренное положение павловской физиологии, что высшими аналитико-синтетическими функциями обладает не ретикулярная формация, а кора больших полушарий головного мозга. Важнейшим фактором, обусловившим процесс качественного преобразования роли и места ретикулярной формации мозга человека, является вся совокупность социально-экономических условий и ее главный компонент — трудовая деятельность.

Неофрейдистские спекуляции не имеют под собой никакого научного обоснования. Они лишь говорят о возросшем авторитете павловского учения на Западе.

Если современные фрейдисты, пытаясь вдохнуть жизнь в охладевший идеологический труп фрейдизма, все более «опираются» на новейшие медико-биологические положения и факты, то сам Фрейд, как правило, строил свои умозрительные, натурфилософские концепции на не менее спекулятивных теориях. В частности, Фрейд сделал заключение о наличии двух принципиально различных инстинктов. Инстинкт разрушения (убийства) и сексуальный инстинкт находятся в таком отношении друг к другу, как соматические и зародышевые клетки. Инстинкту разрушения соответствует обреченная на смерть сома, сексуальным инстинктам — зародышевые клетки.

Все большее число зарубежных естествоиспытателей и философов как в прошлом, так и в настоящем убеждается в несостоятельности фрейдизма, подвергая критике его различные проявления. Гохе, например, писал: «Психоанализ как метод лечения удержится короткое время; его основа — болезненная доктрина, терапевтическое учение для декадентов, для разно-

[1] См. «Медицинский работник» от 22/IV 1958 г. Ретикулярная формация в системе анализаторов.

го рода слабых людей»[1]. Бумке отрицал учение Фрейда, «похищающее все идеалы у людей». Даже экзистенциалист Ясперс считал Фрейда своим философским врагом, так как он пытался объяснить мышление тем, из чего оно абсолютно не выводимо. Груле указывал, что основы психоанализа основываются на вере; психоаналитики — волшебники, маги, поэты, стоящие вне пределов научной критики[2].

Было бы непростительной ошибкой и уступкой идеализму современной империалистической реакции ставить рядом имена Фрейда и И. П. Павлова, субъективный и объективный методы исследования. Не Фрейд и И. П. Павлов, а Фрейд или И. П. Павлов. При этом ответ может быть лишь один — безусловно И. П. Павлов.

§ 3. Критика антипавловских течений в зарубежной медико-биологической науке

Особое внимание советские медики должны обратить на защиту учения И. П. Павлова от ревизии, нападок и извращений, предпринимаемых некоторыми учеными Запада, стремящимися локализовать, сузить павловское учение, низвести его до уровня одной из частных теорий, объясняющих отдельные функции нервной системы, и т. д.

В нашей литературе в основном обращается внимание на антипавловский характер фрейдизма и некоторых положений концепции «стресс» Г. Селье. Но следует видеть антипавловскую направленность и таких теорий, как бихевиоризм, психосоматика, психобиология, интроспекционизм, неогиппократизм, гештальтизм, ассоцианизм, этиология, неокондиционализм и других идеалистических и метафизических теорий, распространенных в зарубежной медико-биологической науке. Например, бихевиоризм (Халл, Газри и др.), внешне солидаризируясь с учением И. П. Павлова, по существу извращает его. Бихевиоризм выступает в роли своеобразного троянского коня, пытаясь изнутри взорвать материалистическую крепость павловского учения. Нервная система превращается ими в механический проводниковый аппарат, соединяющий органы чувств с мускулами и железами. При таком подходе роль центральной нервной системы сводится на нет.

Часто в современной зарубежной медицинской биологии научному пониманию организма, его целостности, обоснованным научной материалистической физиологией, противостоит холистское понимание этой проблемы. Основой целостности

[1] Цит. по K. Kolle. Kraepelin und Freud. Beitrag zur neuren Geschichte der Psychiatrie, 1957.
[2] Там же, S. 48—86.

организма, по мнению холистов, является не нейро-гуморальная регуляция, а особый холистический фактор, обладающий специфической нематериальной энергией. «Холизм — это искомый, подлинно разрешающий синтез механизма и идеализма» [1]. С позиций механицизма, т. е. материализма, по мнению холистов, можно объяснить лишь физико-химические закономерности организма а специфические биологические процессы должны якобы рассматривать идеалистически.

Исходя из тезиса: целое больше суммы своих частей, холисты[2] это «большее», этот «остаток» видят в особой нематериальной силе. Этой силой, обусловливающей целостность организма, Смэтс («Холизм и эволюция») считает константные поля, не поддающиеся ни восприятию, ни познанию. Константные поля существуют вне материи живого организма, хотя и управляют им. Они также существуют вне времени и вне пространства. Эти поля аналогичны энтелехии виталистов.

Все более распространяющаяся на Западе психосоматика своим острием также направлена против диалектико-материалистических основ павловского учения. В 1950 г. вышла в свет большая работа крупнейшего представителя психосоматики Александера под названием «Психосоматика», в которой были изложены основные философские принципы этого течения буржуазной медицины.

В своей основе психосоматик Александер опирается на правильный тезис об отсутствии принципиальной разницы между психическими и соматическими процессами. Психические процессы, говорит он, одновременно являются и физиологическими, так как они сопровождаются теми или иными эмоциями.

Опираясь на реальный момент единства и взаимосвязи психического и физиологического, психосоматики делают вывод не только об «уравновешенности» этих процессов, но и о детерминации физиологических функций организма психоэмоциональными явлениями. «Разница в воззрениях в сравнении с прошлым состоит в том, что прежде функциональные нарушения рассматривались как следствие структурных нарушений, а в настоящее время они (т. е. психические функции. — *Г. Ц.*) рассматриваются как причина структурных изменений» [3]. Психосоматика по существу отрывает функции организма от их материального субстрата, а патологический процесс — от морфологических и физико-химических изменений органов и тканей.

---

[1] A. Meyer-Abich. Die Medizinische Welt, 1934, N 36.

[2] A. Meyer-Abich. Organismen als Holismen. Acta Biotheoretica, 1955, N 2, S. 85—106.

[3] H. Schwarz. Die Psychosomatik im Blikfild des Klinikere. Psych., Neurol. u. med. Psychol., 1957, № 9, S. 1—8.

В медицинской литературе критика психосоматики, как правило, ведется в плане выявления ее фактической, медико-биологической несостоятельности, но мало внимания уделяется анализу социально-классовых и гносеологических корней этого течения. Социальные корни психосоматики и ее старшего брата — фрейдизма — лежат в специфических особенностях развития современного империалистического общества. Обострение социальных, классовых отношений и противоречий, нарастание конфликтности в общественном развитии, возрастание темпов жизни, неуверенность в будущем, военный психоз и т. д. все более усиливают напряженность психики человека. На подобном социальном фоне происходит резкое увеличение нервно-психических расстройств и заболеваний в буржуазном обществе. В этих социальных условиях легко приживаются такие теории, которые причину всякого заболевания видят в изменении или нарушении психоэмоциональных факторов и психического равновесия людей.

Анализируя социальные предпосылки психоанализа, португальский психиатр Сеабра-Диниш указывал, что цивилизованные страны вошли в новую «агонистическую фазу» своего развития, выражающуюся в ухудшении отношений между людьми, в нарастании взаимной вражды. В этих условиях человек утрачивает не только уверенность в безопасности своего существования, но и лишается эмоционально-психологического равновесия и относительного покоя. Особенности нового этапа жизни, обусловленные антагонистическими отношениями империалистического общества, все чаще ставят перед людьми проблемы психологического, нравственного и эмоционального характера. Не случайно различные психологические концепции в зарубежной медицине все более задают тон и становятся ведущими.

Игнорируя ведущую роль центральной нервной системы в жизнедеятельности организма, во взаимодействии организма и среды, основу болезни представители этого направления в медицине видят в эмоционально-психологических переживаниях человека. Болезнь — это результат нарушения взаимоотношения между личностью и ее окружением, средой. Но рассматривая болезнь как следствие конфликта между влечениями и ограничениями среды, психосоматики не вскрывают конкретных причин этих конфликтов, заключенных в антагонистической природе буржуазных производственных отношений. Кроме того, макросреда (как совокупность экономических отношений) сводится ими к микросреде (семья, ближайшее окружение и т. д.). Но, рассматривая болезнь как результат сильно выраженного конфликта человека, его психики со средой, цивилизацией, последнюю они лишают всякого социального содержания и неимоверно биологизируют. Психо-

соматический тезис о необходимости создания гармонии человека с окружающей средой как важнейшей предпосылке здоровья используется различными буржуазными идеологами для проповеди «классовой гармонии», для дискредитации революционного движения, которое изображается как «коллективный невроз сумасшествия» и т. д.

Давая критический анализ различных идеалистических и метафизических теорий современной зарубежной медицины, мы всегда должны исходить из ленинского анализа гносеологических и социальных корней идеализма. В. И. Ленин говорил, что в сложном, противоречивом процессе познания заключена возможность отлета, отрыва мысли, понятия от изучаемых предметов и явлений. Но эта возможность не превращается автоматически в действительный идеализм. В идеализм она превращается лишь при наличии благоприятных социально-классовых условий. В период углубления кризиса капитализма, когда присущие ему противоречия проявляются особенно резко, буржуазные идеологи заинтересованы в извращении объективных процессов и закономерностей. В этих условиях возможность возникновения идеализма, заключенная в самом процессе познания, все чаще превращается в реальный идеализм. Кроме того, нужно всегда учитывать ленинское положение о том, что всякая идеалистическая теория вырастает на живом древе человеческого познания, питаясь его живительными соками, опираясь на какие-либо реальные факты, но извращая, гипертрофируя их. В самом деле, упомянутая уже психосоматика вырастает на абсолютизации исторически сложившихся мнений о важной роли психических факторов как в сохранении здоровья, так и в возникновении болезней людей. Но, утверждая первичную роль психики, психосоматики тем самым становятся на позиции субъективного идеализма.

В вышедшей в 1953 г. книге «Биологические функции души» Иоганнес Шрейбер пытается дать философское обоснование психосоматики. Шрейбер указывает на три основных направления в понимании проблемы соотношения психического и соматического:

1. Психофизический параллелизм, признающий полную самостоятельность, автономность психического и соматического начала, а в конечном счете утверждающий, что душа управляет телом при помощи своих «витальных сил».

2. Психофизический взаимообмен, исходящий из различия духа и тела. Взаимообмен между этими началами, например, по мнению Р. Декарта, осуществляется в области эпифиза.

3. Теория идентитета, основанная на признании единообразия души и тела. В рамках этой теории, по Шрейберу, существуют два течения: А) Материалистический монизм, говорящий

о материальности всего существующего, рассматривающий психическое продуктом материи. Б) Идеалистический монизм, исходящий из признания первичности духа, рассматривающий материальное лишь проявлением духовного.

Теория идентитета в форме идеалистического монизма является философской, методологической основой современной психосоматики.

Нервная система рассматривается психосоматиками лишь как тот «мост от душевного к телесному, который осуществляет определенное их единство». Все проявления соматической деятельности якобы предопределены и целенаправлены психической деятельностью. Примат душевного над соматическим проявляется как в нормальном, так и в патологическом состоянии.

Не удовлетворяясь абстрактно-идеалистической постановкой и решением данного вопроса, Шрейбер, например, пытается «конкретизировать» его и наполнить социологическим содержанием. Духовное начало как первичное и детерминирующее физическое состояние человека и его здоровье в последнее время подвергалось тяжелым влияниям, что якобы вызвано обесцениванием в глазах общества многих религиозных канонов, падением религиозного авторитета. Шрейбер, как и многие другие психосоматики, призывает к укреплению позиций религии, так как последняя якобы осуществляет связь между «метафизикой» и органической жизнью[1].

Если религия создает опору морали, то мораль будто бы придает опору для духовной организации, а последняя в свою очередь обусловливает физическое здоровье. Так чисто словесным, семантическим путем «доказывается» мысль о «чисто» психической обусловленности здоровья и заболеваемости людей. От познания причин массовой заболеваемости трудящихся, заключенных в социально-экономической природе капитализма, мысль исследователя уводится в дебри схоластических, психосоматических рассуждений.

Формально исходя из принципиальной нераздельности душевного и соматического, психосоматики на самом деле утверждают решающую роль психического в жизнедеятельности организма. «Мы, — говорит Шрейбер, — различаем в человеческом организме определенную иерархию — нематериальная душа активизирует витальные силы (будь это в эмбриональном или во взрослом состоянии). Нервные влияния передаются органам и тканям и через это осуществляются биологические функции. Так зависят низшие вегетативные функции, их смысл и целенаправленность от высших инстан-

---

[1] J. Schreiber. Die biologische Funktionen der Seele. Big. Ruhr, 1953, S. 91.

ций и, наоборот, низшие области являются объектом для проявления душевной деятельности»[1].

Органические функции рассматриваются психосоматиками как средство для выражения душевной деятельности. В нормальном и патологическом состоянии душевные процессы якобы господствуют над телесными.

Первичное, по мнению психосоматиков, — это не материально-физиологический субстрат, а отражение болезни в сознании больного. При этом психическое рассматривается как автономное, самодовлеющее начало, развивающееся по сугубо внутренним, имманентным законам.

С идеалистических позиций психосоматика рассматривает все стороны жизнедеятельности человека, в том числе и его поведение. В частности, Шрейбер считает, что если в органической сфере различают раздражение и функцию, то в психической — мотив и поведение. Но поведение человека не исчерпывается мотивом и ответом организма на этот мотив. У человека якобы имеется свободная, ничем не обусловленная воля. Свободная воля порождает нервную энергию, последняя обусловливает всю деятельность человека.

Исходя из идеалистического принципа, согласно которому духовное порождает физическое и проявляется в нем, Шрейбер приходит к выводу о возможности судить о состоянии духовного начала по физическим конституциональным признакам. Гармоническая конституция — это результат гармонического течения психических процессов и их внешнее проявление. Основой долголетия, по Шрейберу, является подобный вид конституции.

Игнорируя роль материальных условий жизни человека и прежде всего социально-экономических факторов как решающего момента гармонического развития человека, как основы его здоровья и долголетия, психосоматика превращает психоэмоциональный фактор в универсальную отмычку для решения не только медицинских, но и социально-исторических проблем и задач.

Психосоматика в конечном счете становится на путь заимствования аргументов из обширного виталистического арсенала. «Доказательство Дришем наличия определяющих факторов, — пишет Г. Зигмунд, — которые он вслед за Аристотелем назвал энтелехией, до сих пор еще не опровергнуто»[2].

В своих философских взглядах представители психосоматической медицины возрождают многие идеалистические системы прошлого. В частности, взаимоотношение психического

---

[1] J. Schreiber. Die biologische Funktionen der Seele. Big. Ruhr, 1953, S. 27.

[2] G. Sigmund. Die Natur des Menschen. Würzburg., 1955, S. 37.

и соматического нередко рассматривается ими в соответствии с воззрением древнегреческого объективного идеалиста Платона: тело как проявление и порождение идеи.

Своими корнями психосоматика уходит как в объективно-идеалистические, так и в субъективно-идеалистические системы прошлого и настоящего. В частности, в психофизическом монизме Эрнста Маха, в его «смешении физики с психикой» психосоматики видят важное достижение Маха, так как это якобы и есть «физиологическая психология», или «психосоматическая медицина».

Свою идеалистическую концепцию о соотношении психического и физиологического психосоматики выдают за качественно новый подход к данной проблеме, именуя его синтетическим, обобщающим подходом в противоположность аналитическому, якобы характерному для предшествующего периода медико-биологических исследований.

Нередко психосоматические воззрения совпадают с дуалистическим подходом к проблеме психического и физиологического, который, как известно, в конечном счете ведет к признанию примата психического над физиологическим, духовного над соматическим. Отдавая дань дуализму, психосоматики выражают недовольство самим термином «психосоматика», указывая, что он создает лишь искусственное, иллюзорное впечатление о единстве психических и соматических процессов, в то время как в действительности является несливаемым смешением двух раздельных компонентов. Идеалистический монизм психосоматики, безусловно, не способен «обойти» решение основного вопроса философии. Вопреки своей основной исходной позиции, психосоматики вынуждены постоянно противопоставлять идеальное и материальное, душевное и соматическое. И не только противопоставлять, но и отрывать, дуалистически обособлять психическое от физиологического. Гроте в книге «Психотерапия в аспекте внутренних болезней» указывает, что мы говорим о психосоматическом как о единстве, но уже этим словом воспроизводим двойственность. Мы исследуем соматическое и душевное и действительно видим две диаметрально противоположные стороны.

Дуалистические идеи, широко распространенные в психосоматическом учении, обосновываются якобы бесконечной делимостью материального и неделимостью психического. Если материальное по своей природе делимо, если соматический субстрат подвергается практически неограниченному искусственному делению, то духовное начало, «Я», неделимо. В процессе жизни материальное тело фактически многократно и полностью изменяет свой состав. Человек на протяжении своей жизни несколько раз становится другим по сравнению с пройденными этапами, но его душа («Я») якобы остается

неизменной. Такое положение, по мнению психосоматиков, возможно лишь потому, что духовное начало не только отделено от физического, но и все время управляет им. Если соматические функции, по мнению Г. Зигмунда, имеют свои представительства — центры в центральной нервной системе, от деятельности которой они зависят, то душа («Я») не имеет никаких центров. Нельзя сказать, что данная часть мозга, группа клеток — это «Я».

Исходя из известного положения — целое больше суммы составляющих его частей — и из того, что после сложения составных частей организма имеется нечто «большее», какой-то «остаток», психосоматики отождествляют этот «остаток» с особой жизненной, психической силой. Не видя, что это «большее», этот «остаток» — результат нового качества, возникший в процессе эволюционного развития организма под непосредственным влиянием социальных факторов, психосоматики впадают в крайний идеализм виталистического характера.

По мнению психосоматика Зигмунда, в процессе развития живых существ появляется некая сила, которую мы и называем психической. Тело — материя, развивается в соответствии с присущими материи закономерностями. Психическое — не материя, но оно обладает корригирующими способностями, оно определяет и направляет особый порядок и закономерность развития тела, материи. В «Природе человека» (1955) Зигмунд писал: «Сила (психическая) не стоит как готовая субстанция рядом с таким же готовым телом, а является формообразовательной силой, которой подчинена материя»[1].

Созвучна с работами Зигмунда и Шрейбера книга Вейцзекера и Висса «Между медициной и философией» (Геттинген, 1957). В предисловии к книге проф. Вильгельм Кютемайер рассматривает эту работу как попытку преодолеть материализм и механицизм медицины через посредство философских и религиозных положений[2]. Авторы книги ставят своей целью уяснить «духовную сущность заболеваний», пытаются сформулировать основы «новых дисциплин» — метафизиологии, метапсихологии для того, чтобы «преодолеть господство материалистических взглядов и пренебрежение элементом духа». Вейцзекер и Висс считают, что многие заболевания порождаются «моральной бесчувственностью» людей, находящей отражение в соответствующей соматической патологии. Моральная бесчувственность людей в свою очередь якобы зависит от падения авторитета религии, на-

---

[1] G. Sigmund. Die Natur des Menschen. Würzburg, 1955, S. 38.

[2] Weizsäcker und D. Wyss. Zwischen Medizin und Philosophie. Göttingen, 1957, S. 10.

блюдаемого за последние годы. Книга содержит немало выпадов против материализма.

Вскрывая идейные истоки психосоматики, нужно указать и на ее близость к учению Фрейда. Не случайно, например, Курт Шнейдер говорит, что немецкие психиатры считают психосоматику и психоаналитику почти аналогичными теориями. Часто различие между фрейдизмом и психосоматикой носит лишь терминологический характер. Вместо классического фрейдистского «бессознательного» психосоматики широко используют термин «эмоция» и т. д. Публично обвиняя Фрейда в недооценке влияния социальных факторов на возникновение неврозов, психосоматики в то же время рекламируют субъективистский метод психоанализа, фрейдистскую символику сновидений, симптоматику болезней и т. д.

В духе фрейдизма психосоматика решает важнейшую медико-биологическую проблему — проблему взаимоотношения организма и среды. Корни всякой болезни, по мнению тех и других, уходят в период раннего детства, когда происходит процесс «социализации асоциального четвероногого животного» (ребенка). Под социализацией понимается искоренение и преобразование различных (главным образом сексуальных) инстинктов и влечений. В результате подобной социализации якобы неизбежно возникают конфликты между многообразными детскими влечениями и ограничениями, налагаемыми обществом. Результатом конфликта является болезнь. Вся диагностическая и лечебная деятельность врачей, по мнению психосоматиков, должна быть сведена к познанию этих конфликтов.

Психосоматики рекомендуют использовать психоанализ не только как средство лечения отдельных людей, но и как средство «излечения» язв общественного строя капитализма. Они утверждают, что психоанализ может предотвратить болезнетворное влияние тех факторов, которые порождаются «системой свободного предпринимательства», т. е. капитализмом.

Психосоматик Мюллер-Экард (1955) утверждает, что медикаментозное лечение «отрезает больному путь в болезнь», между тем в настоящее время есть миллионы людей, которые способны глубоко враждебную жизнь в этой цивилизации вынести только в состоянии тяжелых хронических болезней.

Подобная апологетическая позиция приводит психосоматиков к фашистским призывам: «Попытка лечить людей — бесчеловечна». Напротив, задачу врача психосоматики часто видят в том, чтобы делать здоровых людей больными, так как это позволит им выдержать «экзамен жизни», т. е. смириться с буржуазной действительностью, уйти в мир своих эмоциональных болезненных переживаний и т. п.

Не ограничиваясь узкими рамками «аполитичной медицины», психосоматика вслед за фрейдизмом все более вторгается в область широких социальных явлений, пытаясь дать им извращенное истолкование. В частности, производственный травматизм рабочих ставится в вину самим же рабочим, которые якобы имеют «психосоматическое конституциональное предрасположение» к различным несчастным случаям.

Психосоматические положения о конституциональном и индивидуальном предрасположении к болезням, травмам, отравлениям и т. д. основываются на автогенетических представлениях о болезни. Если начальным звеном в развитии болезни является эмоциональный фактор, то вся последующая картина болезни якобы обусловливается наследственностью, конституцией, генотипом организма и т. д. Другими словами, эмоциональный фактор как производное той среды, в которой живет человек, часто выступает лишь в роли внешнего, пускового механизма автономно развивающегося болезненного процесса, обусловленного конституциональной восприимчивостью тканей и органов к той или иной болезни.

Характерной чертой психосоматики является ее стремление предстать в роли всеобщей, универсальной теории, объясняющей не только развитие физиологических и патологических процессов в человеческом организме, но и в роли некоей «философии истории».

Чем шире распространяется психосоматическая медицина в современном буржуазном мире, тем больший протест она вызывает со стороны материалистически и прогрессивно мыслящих ученых и практических врачей. Обстоятельный анализ психосоматики, ее исходных теоретических положений дан в содержательной работе Вайтбрехта «Критика психосоматики». Он говорит, что «впечатление, будто „психосоматическая медицина“ ставит целью исследование взаимодействия „души и тела“, складывается лишь у несведущих людей». Напротив, психосоматика как идеалистическое направление в медицине и биологии стремится к обоснованию первичности психики как в этиологии, так и в терапии заболеваний.

Вскрывая гносеологические корни психосоматики, Вайтбрехт говорит, что любой соматический процесс прямо или косвенно подвержен психологическим влияниям, так как организм представляет единство, в котором все части связаны. Поэтому психосоматический процесс может быть направлен на любое проявление в организме. Эта универсальность и позволяет говорить о психосоматической эре в медицине. Теоретически, говорит Вайтбрехт, любая болезнь носит психосоматический характер, так как эмоциональные факторы влияют неврогенным и гуморальным путями на соматические процессы.

Исходя из признания многофакторности, так называемой мультикаузальности, психосоматики, как правило, отождествляют первичные (специфические) причины заболеваний со вторичными (вспомогательными, провоцирующими и т. п.).

В силу этого в психосоматической литературе прежде всего рассматриваются такие заболевания, как астма, гипертоническая болезнь, грудная жаба, язвенная болезнь, т. е. заболевания, в которых на первое место выступает функциональная патология. Органические расстройства функций возникают как следствия душевного расстройства и носят сначала обратимый и лишь в дальнейшем необратимый характер. Бюхнер к психосоматическим заболеваниям причисляет такие, в которых можно установить первичное психическое расстройство, последующее же соматическое заболевание возникает в единстве психического и соматического.

Психосоматический тезис об эмоциональной детерминированности болезни является результатом абсолютизации роли психоэмоционального момента в генезе болезней. Конечно, и при острых инфекционных заболеваниях эмоциональные расстройства могут прямо или косвенно подрывать защитно-физиологические силы организма, но они все-таки не перестают быть лишь вспомогательным условием и не отрицают необходимости основной, производящей, специфической причины. При этом некоторые психосоматики отрицают необходимость материального субстрата для той или иной психической функции. В таких случаях они становятся на позиции витализма.

Одной из гносеологических ошибок психосоматики является то, что психоэмоциональные факторы, сопутствующие и сопровождающие то или иное заболевание, выдвигаются ею на первое место и возводятся в ранг основных, решающих этиологических факторов. Этим они не только заслоняют, но и игнорируют основные, производящие причины заболеваний. Поскольку психологические факторы могут иметь место при любой болезни, постольку ими по существу и ограничиваются при изучении этиологии заболеваний. В данном случае неспецифическими психологическими факторами подменяются специфические этиологические (производящие) факторы. Так основные причины заболеваний отождествляются с провоцирующими, а нередко и второстепенными условиями. В силу этого «следует отвергнуть психогенез соматических заболеваний, вне зависимости от того, понимается ли психическое в смысле материалистического монизма как субъективная сторона известных физиологических процессов, либо оно трактуется с позиций спиритуального монизма, либо дуалистически» [1].

---

[1] H. Weitbrecht. Kritik der Psychosomatik. Stuttgart, 1955.

Запутавшись в проблеме соотношения психического и соматического, не умея выявить первичную роль материального субстрата в этиологии и патогенезе заболеваний, Вейцзекер, в частности, сформулировал эклектическую концепцию «соматопсихического двуединства», в котором психическое и соматическое якобы взаимозамещаются. Подобное «взаимозамещение» через релятивизм ведет к ничем не ограниченному идеализму. Макс Киблер в книге «Тело и душа» (1953) говорил, что телесное или духовное — это не объективно существующие субстанции, а лишь то, что зависит от точки зрения, постановки вопроса. Человек не является ни телом, ни душой, ни суммой того и другого. Тело и душа лишь разные видимости одного и того же.

Таким образом, гносеологической основой психосоматического мышления является кондиционалистское отрицание принципа причинности, замена его так называемым кондиционально-динамическим принципом. Опираясь на махистские, субъективно-идеалистические воззрения Ферворна и Ганземана, беря на вооружение философию прагматизма, психосоматики заменяют важнейшее положение патологии об обязательной производящей причине понятием о психоэмоциональных ситуациях и условиях возникновения заболеваний.

Гносеологически и методологически несостоятельной является попытка психосоматиков возводить в закон частные случаи корреляции между психическим расстройством и, например, тем или иным кожным заболеванием, либо между строением тела и характером. В силу указанных обстоятельств психосоматика, как и фрейдизм, «занимается не больным человеком, а лишь анализом больной психики, становящейся таким же независимым объектом изучения, как любой орган в человеческом теле». «Идея с помощью глубинно психологических интерпретаций проникнуть в болезнь — гигантский самообман» [1].

Было бы неправильно утверждать, что заслугой психосоматики является акцентирование внимания врачей на роли психоэмоциональных факторов в этиологии и патогенезе заболеваний. Роль этих факторов была подмечена задолго до возникновения психосоматики. О физиологических изменениях, связанных с эмоциями и эмоциональной депрессией, говорил И. П. Павлов и многие другие крупные ученые и врачи.

Отрицая объективный характер законов возникновения и течения болезней, психосоматика игнорирует общие, закономерные, нозологические формы заболеваний. Следствием этого является отрицательное отношение к объективному анализу патологических процессов, подмена объективного анализа

---

[1] H. Weitbrecht. Kritik der Psychosomatik. Stuttgart, 1955.

поверхностным описанием клинических проявлений болезни, ее симптомов и синдромов.

Таким образом, психосоматика является неким интегрально-эклектическим направлением современной зарубежной медицины, которая впитала в себя некоторые черты как открыто религиозных, объективно-идеалистических систем (учение Платона, Фомы Аквинского), так и ряда субъективно-идеалистических систем и течений (махизм, прагматизм, экзистенциализм, кондиционализм и т. д.). Исходные философские позиции психосоматической медицины, справедливо отмечает Вайтбрехт, колеблются между выраженным дуализмом и идеалистическим спиритуализмом. Крайние представители последнего направления видят в «природе человеческого духа» ключ к познанию существа болезней. Болезнь и смерть по этой концепции — расплата за грехи, в основном не наследственные, а собственные[1].

Психосоматика в своем крайнем идеалистическом выражении превращается в полном смысле слова в «некий эрзац религии».

Отрицание объективных закономерностей развития природы и общества — это характерная особенность современных идеалистических течений, распространенных в зарубежной медико-биологической науке. Применительно к медицине отрицание объективных закономерностей развития выливается в форму антинозологизма. Во главе антинозологического направления в медицине США стоит представитель так называемой психобиологии Адольф Майер. Вместо классического принципа нозологии он предлагает «новый» тип классификации болезней, в основе которого лежат якобы сугубо индивидуальные, неповторимые реакции больного на тот или иной болезнетворный агент.

Отрицая объективный характер законов возникновения и течения болезней, А. Майер игнорирует общие, «типовые» закономерности заболеваний. Результатом этого является отрицательное отношение к объективному анализу патологических процессов, подмена объективного анализа болезни поверхностным описанием клинических проявлений болезни.

Абсолютизируя роль единичного, индивидуального, не видя, что в единичных заболеваниях проявляются общие, закономерные особенности той или иной нозологической формы, психобиологи рассматривают болезнь как производное той или иной «неповторимой» ситуации или ситуационного конфликта.

По мнению психобиологов, как и психосоматиков, изучить болезнь — значит изучить всю ту многочисленную сумму факторов, которые обусловили патологическую реакцию организ-

---

[1] H. Weitbrecht. Kritik der Psychosomatik. Stuttgart, 1955.

ма. В свою очередь эти факторы оцениваются с махистских. прагматистских позиций. Как правило, психобиологи и психосоматики среди множества взаимодействующих факторов и условий не выделяют главной, решающей, «производящей» причины. Не главные этиологические факторы при наличии благоприятных условий порождают болезнь, а определенное сочетание, комбинация различных ситуационных, конфликтных факторов якобы лежит в основе возникновения заболеваний. Проповедуя равнозначность и равноценность различных болезнетворных условий, факторов, психобиологи и психосоматики тем самым возрождают кондиционалистский взгляд на болезнь. «Кондиционализм Майера с его отрицанием общих закономерностей болезней, признанием лишь отдельно действующих факторов и односторонним преувеличением индивидуальных особенностей проявления психоза имеет своим источником прагматизм»[1].

По мнению психобиологов и психосоматиков, нозология — это своеобразный теоретический рудимент, пережиток и проявление средневекового реализма, согласно которому общие понятия («универсалии») имеют не только реальное и объективное существование, но и предшествуют существованию единичных вещей и предметов. Психобиологи утверждают, что «объективный материал опыта» должен преобладать над словесной реальностью понятий.

В этом отношении психосоматика и психобиология становятся на позиции семантического идеализма. В духе семантической философии нозологические формы заболеваний объявляются ничего не значащими словами, простыми ноуменами, именами, которым в последующем обычай и традиции придают статус объективно существующих явлений и процессов.

С точки зрения психобиологии и психосоматики, болезнь — это неповторимая, сугубо индивидуальная, не имеющая ничего закономерного «биография больного». Отсюда и вытекают психобиологические принципы: «нет болезней, а есть больной», «болезней столько, сколько больных», «лечить не болезнь, а больного».

Не случайно Майер, например, каждый случай психоза рассматривает как неповторимый и изолированный акт. Болезнь, по его мнению, является частным проявлением индивидуальной, персональной биографии больного, а не специфическим проявлением общих закономерностей патологии, которые отражаются в тех или иных нозологических единицах. На этой основе делаются выводы о нозологии как о пережитке периода господства логики понятий над «логикой или поряд-

---

[1] А. В. Снежневский. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, 1960, № 1, стр. 91.

ком объективных факторов», как схематичной и догматичной, являющейся следствием «эры господства систем» и «схематического упрощения»[1].

В. М. Морозов весьма обстоятельно показывает антинозологическую сущность многих направлений современной зарубежной психиатрии. В частности, Д. Р. Рид подходит к нозологии с позиций логического позитивизма. По его мнению, определения, относящиеся к тем или иным классам явлений, представляют собой добровольные нормы речи, общее в явлениях якобы не представляет объективной реальности.

Природа не устанавливает границ между классами явлений, она индифферентна, изменчива, подобно протею, неистощима, говорит он. Определения, понятия, в том числе и нозологические формы, не отражают свойств и качеств объективной реальности, а основаны якобы только на критерии полезности.

Таким образом, Рид в конечном счете солидаризируется с прагматистским, идеалистическим критерием истины, согласно которому истинным является не то, что соответствует объективной реальности, а лишь то, что полезно, выгодно и т. д.

Семантика как разновидность неопозитивизма оказывает влияние не только на психобиологию и психосоматику, но и на другие течения и направления, в том числе и на неофрейдизм, концепцию стресс Селье и др.

В семантическом журнале «ЕТС» в 1952 г. была опубликована статья Уайнгартена, где делается попытка выявить «прикладные аспекты» семантики, перекинуть мост между семантикой и медициной. Уайнгартен подвергает психосемантическому анализу драму Эврипида «Медея»[2]. Необузданная жажда мщения, по мнению Уайнгартена, является лишь результатом психологического и гипнотического влияния некоторых слов — убийство, месть, ревность и т. д. Так, идеалист Уайнгартен сконструировал своеобразную семантическую болезнь.

Одной из характерных особенностей развития современного идеализма, паразитирующего в области медико-биологических наук, является возникновение связующих звеньев, более или менее единых, унифицированных положений, имеющих отношение к внешне различным течениям и направлениям.

---

[1] В. М. Морозов. О некоторых направлениях современной зарубежной психиатрии. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, 1957, № 1, стр. 135.

[2] Сюжет «Медеи» таков: волжебница Медея, дочь Колхидского царя, влюбилась в греческого героя Ясона. Она помогла Ясону достать из владения своего отца «золотое руно» и вместе с ним отправилась в Грецию. Но Ясон разлюбил Медею, полюбив другую девушку. В состоянии ревности Медея убивает невесту Ясона, а также и своих детей.

В этой связи следует указать на наличие общей позиции в таких направлениях, как психосоматика, фрейдизм, этология и т. д. Суть подобной позиции заключается в признании врожденного поведения, обусловливаемого не рефлекторной деятельностью нервной системы, а сугубо имманентными процессами так называемой аккумуляции специфической энергии. Указанные выше направления опираются на вывод Е. Шеррингтона («Человек по своей природе») о наличии в нервной системе «спонтанной ритмической деятельности», о наличии в коре больших полушарий особого, независимого «душевного» начала, которое якобы «возникает из ничего» (ex nihilo).

Американский физиолог Фултон[1] обвинил И. П. Павлова в том, что его опыты по изучению условных рефлексов якобы «стесняли животного в станке». По его словам, учение И. П. Павлова «хотя и является очень важным как метод исследования», но как теория поведения имеет лишь исторический интерес. Он говорит, что «лабораторные животные проявляют неожиданную спонтанность, т. е. условные рефлексы появляются в отсутствие соответствующих раздражителей». Но Фултон, как и современные этологи, не принимает во внимание следовые условные рефлексы, которые обусловливают возникновение реакции животного в связи с возбуждением следов прошлых раздражителей.

Возникшая в последние годы в зарубежной науке этология (Лоренц, Тинберген, Пентэн и др.) основной активирующей силой нервной деятельности рассматривает так называемые самодифференцирующиеся системы, якобы не связанные рефлекторным путем с условиями среды. Западногерманский ученый Лоренц «исходит из положений, прямо противоположных выводам Павлова, и рассматривает поведение животных не как результат взаимодействия развивающегося организма с условиями среды, а как развертывание врожденного поведения и автоматической нерефлекторной деятельности нервных центров»[2].

Экспериментальными исследованиями доказана несостоятельность противопоставления «врожденного» поведения и поведения, обусловленного окружающей средой. Ряд ученых (Лерман, Прехтл, Илер) делает вывод, что ритмические процессы в организме, которые этологами были превращены в сугубо внутренние, автоматические, процессы самовозбуждения центров, на самом деле являются следствием возбуждения центров различными химическими раздражителями, возникающими в процессе обмена веществ. Другими словами,

---

[1] Фултон. Физиология нервной системы, 1940.

[2] Х. Коштоянц. Борьба материализма с идеализмом и некоторые проблемы естествознания. Правда от 22/X 1958 г.

была доказана рефлекторная природа и так называемых эндогенных, автоматических процессов регуляции поведения, на которых спекулируют неофрейдисты, этологи и другие идеалистические течения [1].

Подобные идеалистические воззрения частично проникли и в советскую физиологию. Они выражаются в признании, помимо нервной деятельности (деятельности рефлекторного характера) так называемой психонервной деятельности, якобы стоящей за рамками рефлекторного принципа. Признание автоматичности «психонервной деятельности» является отступлением от материалистического учения И. М. Сеченова и И. П. Павлова.

Идеалистические теории, как правило, паразитируют на недостаточно изученных и слабо освещенных светом материализма проблемах науки. Несмотря на большие успехи, достигнутые павловской физиологической школой и прогрессивными зарубежными учеными в области изучения высшей нервной деятельности человека и животных, в ней еще остается немало белых пятен, слабо изученных проблем. Кроме того, многие вновь получаемые факты, относящиеся к этой области исследования, истолковываются некоторыми зарубежными учеными идеалистически.

В этой связи нельзя не обратить внимание на широко распространившуюся за последние несколько лет в зарубежной физиологии, психологии и медицине так называемую *парапсихологию.* !

Сторонники парапсихологического направления (Чиприани, Брунори и др.) подвергают ревизии, пересмотру важнейшие материалистические положения физиологии и психологии. Критике подвергается прежде всего принцип отражательной деятельности органов чувств, павловское учение о сигнальных системах как о физиологических, нервных механизмах всей психической и познавательной деятельности человека. Например, итальянский антрополог и парапсихолог Чиприани в недавно вышедшей книге «Неизвестная жизнь человека и животных» говорит о наличии в организме человека и высокоразвитого животного реакций на «нематериальные» раздражители. По его мнению, существуют раздражения, не воспринимаемые органами чувств и поэтому не поступающие в центральную нервную систему, но могущие якобы вызывать «подсознательные» реакции.

В одной из своих статей Чиприани говорит о выборе вожака у животных. Этот выбор якобы происходит на основании паранормальных процессов. Чиприани описывает наблюдение за стадом жираф на берегу реки Замбези, возглавляемом

---

[1] См. Science, 1957, v. 126, N. 3274, p. 599—603.

самцами-сторожами. По ночам самцы, охраняющие стадо, регулярно, через каждые 20 минут, сменяются. Заступивший на дежурство самец обязательно подходит к предыдущему и заменяет его, а если последний заснул, то будит его. Из описанного автор делает вывод, что поведение человека, как и животных, обусловливается действием каких-то непознанных нематериальных сил.

Цементирующей силой человеческого общества, как и животных сообществ, якобы являются особые нематериальные «энергетические связи», связывающие живые существа друг с другом и с внешней средой.

Подобную точку зрения отстаивают Бускароли и многие другие зарубежные авторы. В частности, Бускароли в своих работах («Биофизика и философия» [1], «Подсознательный выбор руководства и основы психобиологии» [2]) говорит о существовании «физиологического психизма», проявляющегося помимо пяти органов чувств.

Парапсихология является воспроизведением фрейдизма, психосоматики и этологии применительно к познавательной, отражательной деятельности организма.

§ 4. Критический анализ концепции stress Г. Селье

Психосоматика имеет немало точек пересечения с другим широко распространенным в зарубежной медицине течением, получившем название концепции stress Селье, ряд сторон которой мы уже подвергали критическому анализу выше. Психосоматика и теория стресс Селье исходят из более или менее единого понимания таких важных медико-биологических проблем, как соотношение специфического и неспецифического, роль и место нейро-гуморальных реакций в жизнедеятельности организма и т. д.

Оба эти учения базируются на общих гносеологических основаниях: если психосоматика абсолютизирует роль психоэмоционального фактора, то теория Селье исходит из одностороннего представления о доминирующей роли системы гипофиз — надпочечники в жизнедеятельности организма (в норме и патологии).

Абсолютизацией роли системы гипофиз — кора надпочечников Селье ставит себя в ряд антиэволюционистов, так как гуморальные и эндокринные механизмы регуляции были ре-

---

[1] A. Buscaroli. Biofisica e filosofia. Minerva med., 1958, 49, 77, p. 3692—3692.

[2] A. Buscaroli. Scelta subconsia del capo e fonda. Minerva med., 1956, 47, 99, p. 2038—2039.

шающими лишь на весьма низкой ступени филогенетического развития живых существ. Исследованиями И. А. Эскина и др. убедительно показано, что деятельность коры надпочечников, в том числе и процесс условнорефлекторного выделения АКТГ обусловливается состоянием высших отделов нервной системы. «Селье не отрицает существования эмоциональных стрессов, но объясняет их гуморальными механизмами регуляции и без достаточных на то доказательств наделяет «гуморальную» среду автономностью; вопросы корковой регуляции этой среды Селье не рассматривает»[1].

В данном случае Селье пренебрегает важнейшей закономерностью, установленной эволюционной физиологией, согласно которой филогенетически более старые системы в процессе эволюционного развития становятся подчиненными позднее возникшим системам регуляции.

Согласно передовым современным физиологическим воззрениям эндокринная система является лишь неким промежуточным звеном между исполнительными органами и нервной системой. Если чисто нервные влияния, говорил А. А. Ухтомский, можно сравнивать с телеграфом, доставляющим депешу точно по назначению, то железы внутренней секреции — с радио, посылающим сигналы по принципу «всем, всем, всем»; лишь «те клетки, которые настроены на нужную волну (имеют точки приложения для гормонов), воспринимают и реагируют соответствующим образом»[2].

К. М. Быков и И. Т. Курцин указывали, что «искусственный отрыв частной проблемы (учение о железах внутренней секреции. — *Г. Ц.*) от общего учения об организме как целом явилось основной причиной того, что ряд эндокринологов и врачей пришли к ошибочным выводам о якобы самодовлеющей и автономной роли в жизни организма отдельных гормонов. Это представление привело к возрождению на современном этапе развития естествознания гуморальной теории патологии»[3]. Нельзя, как это делает Г. Селье, взаимоотношение организма и среды рассматривать лишь «сквозь призму гуморальной системы регуляции».

Некоторые положения концепции стресс основываются на переоценке роли эмоционального фактора как причины болезней. Ряд принципов учения Г. Селье взят на вооружение современными психосоматиками. «Развивая концепцию Селье о роли неспецифических раздражений в генезе многих заболе-

---

[1] Р. Н. Шарлей. Достоверное, спорное, ошибочное в концепции Селье применительно к ревматизму. Сб.: Ревматизм и борьба с ним. Киев, 1960, стр. 275.

[2] В. М. Виноградов, П. К. Дьяченко. Основы клинической анестезиологии. Общая анестезиология. Л., Медгиз, 1961.

[3] К. М. Быков, И. Г. Курцин. Кортико-висцеральная патология. Медгиз, 1960, стр. 33.

ваний (нефросклероз, узелковый периартериит, гипертоническая болезнь и др.), многие (психосоматики — *Г. Ц.*) склоняются в пользу представления о неспецифическом эмоциональном стрессе, лежащем в основе невротического конфликта»[1].

По мнению психосоматика Александера, симпатический отдел нервной системы служит для подготовки к борьбе либо к бегству при возникновении трудной ситуации, а парасимпатическая часть нервной системы якобы обеспечивает уход личности в чисто вегетативное существование. Исходя из концепции стресс Селье, Александер говорит о возникновении в организме «адаптационных физиологических реакций, могущих хронически сохраняться».

Лидц[2] в статье «Основные концепции психосоматической медицины» указывает на то, что общий адаптационный синдром Селье открывает новые горизонты для понимания психосоматических расстройств. Он в то же время говорит, что существует концепция, утверждающая, что влияния, приводящие к психосоматическим заболеваниям, опосредуются автономной нервной системой и нейро-эндокринной системой (Кэннон, Стюарт, Вольф, Селье и др.).

Как психосоматики, так и Селье исходят из того, что психоэмоциональные факторы, ведущие к возникновению стресса, напряжения организма, являются лишь вспомогательными, выявляющими и провоцирующими факторами. Для болезни, помимо подобных провоцирующих и по существу внешних факторов, необходимо наличие внутренней «конституциональной неполноценности», предрасположенности к болезни. Положение о конституциональной неполноценности используется правым крылом психосоматиков и последователей Селье в политических целях. Развитие многих заболеваний, распространенных среди эксплуатируемых слоев населения, объясняется наследственной биологической неполноценностью и другими чисто биологическими комплексами, а роль социальных факторов низводится к нулевой величине.

В «Стрессе жизни» взаимоотношения людей Селье ставит в зависимость от различных состояний стресса, проявляющихся многообразными эмоциями. Ведущей же эмоцией, отвечающей «за наличие или отсутствие состояний стресса в человеческих взаимоотношениях», является чувство благодарности, управляющее деятельностью человека в повседневной жизни. «...Между эмоциями, — писал Селье, — имеется одна, более других ответственная за наличие или отсутствие стресса в че-

---

[1] H. Weitbrecht. Kritik der Psychosomatik. Stuttgart, 1955.

[2] Lidz. General concepts of psychosomatic medicine. Am. Handbook of psychiatry, 1959, 1, 5, p. 647—658.

ловеческих отношениях. Это чувство благодарности с его антиподом — чувством мести»[1].

Локалистический взгляд на деятельность отдельных органов и систем, абсолютизация роли эндокринной системы, возведение ее до уровня регулятора поведения человека сближают концепцию stress с фрейдистским психоанализом.

Известно, что на Фрейда большое влияние оказало учение о гормонах, гуморализм конца XIX века. «Оно (гуморальное направление. — *Г. Ц.*) усилило склонность Фрейда искать исключительно внутри организма решение тех проблем, которые становятся понятными лишь на основе анализа взаимодействия организма с окружающей его средой. Было «забыто» то обстоятельство, что инстинкты также отражают окружающий мир и господствующие в нем объективные отношения...»[2].

В учении Селье специфически преломляются некоторые положения фрейдистского психоанализа и его современной разновидности — психосоматики. В свою очередь в психосоматике находят соответствующее отражение многие теоретические положения концепции стресс Селье: «Центральной проблемой психосоматики является изучение механизмов специфичности поражения различных систем органов различными видами эмоционального стресса»[3].

Буржуазные теоретики в своей борьбе против коммунистической идеологии и материалистического мировоззрения стали все чаще ссылаться на «аргументы» и «факты» естествознания, в том числе и медицины. С этой целью буржуазная реакция использует мировоззренческую, методологическую непоследовательность отдельных крупных ученых, вносящих большой вклад в развитие экспериментальной и фактологической стороны науки.

Современная медицинская наука, располагающая колоссальным количеством фактов, все более увеличивающемся, не может развиваться без их постоянного обобщения. Обобщение же фактов обязательно предполагает оперирование логическими, философскими понятиями и категориями. При отсутствии прочного материалистического мировоззрения ученый может легко встать на путь механицизма и идеализма.

Такая участь постигла и Селье, который, не ограничиваясь философскими аспектами патологии, пытается создать общефилософскую концепцию. Мы не ставим перед собой задачу анализа и оценки экспериментальных исследований Селье, имеющих большую научную ценность. Наша задача — дать

---

[1] H. Selye. The stress of life, 1956, p. 274.

[2] В. Холличер. Природа в научной картине мира. Изд. иностр. литературы, 1960, стр. 439.

[3] Lindz. General concepts of psychosomatic medicine. Am. Handbook of Psychiatry, 1959.

критический анализ его философских, мировоззренческих взглядов. Если общебиологические воззрения Селье подвергались критическому анализу некоторыми советскими учеными, то его философские воззрения до настоящего времени почти не нашли отражения в нашей печати.

В книге Селье «Стресс жизни» (1956) имеется специальная большая глава о «Применении идей стресса в философии». Философские взгляды Селье проникают в различные разделы общественных наук буржуазного мира. Последователи Селье стремятся сформулировать понятие социального, этического, эстетического и психологического стресса, механически переносят отдельные биологические черты и закономерности на жизнь общества. Создается реальная опасность возникновения своеобразного «социального сельизма». Философия Селье постепенно выходит из узких рамок патологии, делая шаг за шагом в сторону официальных современных буржуазных философских систем. Что же собой представляют философские взгляды Селье, оказывающие такое влияние на специальную медицинскую сторону его творчества?

Концепция Селье в философском отношении имеет ряд черт, сближающих ее с физиологическим идеализмом Иоганна Мюллера. Оба они абсолютизируют роль организма во взаимодействии с окружающей средой. Часто Селье низводит среду до роли простого «пускового механизма», приводящего в динамическое состояние так называемые предсуществующие биологические адаптационные механизмы. Как в учении Мюллера, так и в концепции Селье особенности реакции организма по существу не зависят от характера внешнего воздействия. Воздействующий фактор («стрессор») якобы не оказывает качественного и специфического влияния на следствие («адаптационный синдром»), а полиэтиологические факторы будто бы порождают стандартный, монопатогенетический процесс.

Выступая против механистического воззрения, согласно которому реакция организма зависит лишь от качества внешнего раздражителя, в результате которого организм лишается относительной самостоятельности в своем взаимоотношении с окружающей средой, Селье впадает в диаметрально противоположную крайность и делает уступку автогенетическим и идеалистическим взглядам. Он приходит к выводу, что так называемые стереотипные реакции организма на действие различных раздражителей полиэтиологической природы зависят только от «предсуществующих биологических механизмов».

Конечно, Селье не отрицает объективного характера как неспецифических, так и специфических причин в возникновении и развитии патологического процесса. При этом не все заболевания он считает детерминированными неспецифически-

ми причинами, т. е. стрессорами. Последние выступают в роли неких болезнетворных детерминант лишь в тех случаях, когда основой патогенеза является неадекватность реакции системы гипофиз — кора надпочечников. Это так называемые болезни адаптации. При их оценке Селье дает сугубо механистическое истолкование взаимоотношения общего и специфического. В противоположность диалектическому пониманию, согласно которому специфическое представляет собой форму проявления общего и обусловливается конкретными условиями, Селье рассматривает общее и специфическое в отрыве друг от друга. Для него существует общее плюс специфическое.

С точки зрения диалектического материализма общее проявляется в единичном специфическим образом. Болезни, специфически проявляясь у каждого больного, в то же время имеют объективно общие черты и особенности, лежащие в основе нозологической классификации болезней.

Согласно диалектико-материалистическим воззрениям, все патогенетические агенты окружающей (природной и социальной) среды, воздействуя на организм, оказывают на него двуединое воздействие. С одной стороны, эти воздействия вызывают в организме специфические реакции, к числу которых можно отнести процесс образования антител и т. д. С другой стороны, подобные воздействия наряду со специфическими реакциями вызывают и неспецифические, общие, стандартные реакции. Подходя односторонне, метафизически к отражательной деятельности организма, Селье оставил в забвении первую разновидность реакций и все свое внимание сосредоточил на общих, так называемых стрессорных реакциях. Селье переоценил значение стандартных форм реакций организма на те или иные раздражители (стрессоры) среды. Но Селье не первый обратил внимание на наличие стандартных, общих, неспецифических реакций организма. Еще в 1935 г. А. Д. Сперанский говорил о наличии «стандартных форм нервной дистрофии».

О. С. Глозман говорит, что основной ошибкой Селье является «недоучет значения специфики патологических процессов в зависимости от качества этиологического фактора. Несомненно, что при самых различных заболеваниях можно найти много общего, как бы неспецифического, но, во-первых, это «неспецифическое» есть только отдельность, частность, а в своей совокупности эти отдельности создают нечто новое, т. е. особое заболевание, нозологическую форму; во-вторых, хотя каждый симптом любого заболевания похож на подобный же симптом другого заболевания, это является только сходством, но не тождеством, которое представляется нам таковым только при поверхностном рассмотрении, тогда как более детальное обследование всегда обнаруживает и качествен-

ное, и количественное различие в проявлении любого симптома при различных заболеваниях. Таким образом, каждый неспецифический симптом имеет свой специфический налет и поэтому является специфическим признаком определенной болезни, а тем более специфична для различных заболеваний совокупность подобных признаков»[1].

Глубоко справедливо замечание О. С. Глозмана, что каждому этиологическому фактору в соответствии с его качеством соответствует и заболевание, специфическое во всех своих проявлениях для данного фактора; что в каждом заболевании имеется отпечаток этиологического фактора, как и внутреннего состояния организма. Подобный «отпечаток» этиологического фактора и внутреннее качество самого организма являются объективной основой специфичности.

Методологическая ошибка Селье состоит не в признании существования неспецифических причин, а в отрыве этих причин от специфических. Как единичное не существует в отрыве от особенного и общего, так и специфическое неразрывно связано с неспецифическим, общим, стандартным.

Отрицание за той или иной нозологической единицей своей специфической причины, своего специфического патогенного агента — это тот теоретико-познавательный корень, на котором, как правило, вырастают кондиционалистские воззрения. Своим отрицанием возможности специфического раздражителя и специфического ответа организма на этот раздражитель Селье делает крупный шаг в сторону кондиционального мышления. Анализируемая сторона концепции Селье широко используется многими авторами, как зарубежными, так и отечественными, для обоснования теории полиэтиологичности ряда заболеваний.

Критикуя теории, отрывающие и противопоставляющие патогенез заболеваний их этиологии, отрицающие способность нервной системы специфически реагировать на материальные болезнетворные раздражители, А. А. Ухтомский говорил, что непризнание «специфического соответствия» между рецептором и адекватным для него раздражителем всегда приводит к грубым теоретическим ошибкам. «Теории этого рода, начиная с знаменитого учения Иоганна Мюллера, несут в себе явственные следы традиций германского идеализма с его специфическими (ego ipse Colus) тенденциями»[2].

Как и учение Мюллера, современные идеалистические теории в зарубежной патологии проповедуют мысль о независимости реакций организма от качества внешних болезнетворных

---

[1] О. С. Глозман. Об адаптационном синдроме и болезнях адаптации (концепция Селье). В сб.: Научные известия Казахского государственного медицинского института. Алма-Ата, 1960, № 16, стр. 171—172.

[2] А. А. Ухтомский. Собрание сочинений. Т. I. Л., 1950, стр. 324.

раздражителей. Они утверждают автономность болезнетворных процессов, которые якобы обусловливаются лишь эндогенными факторами, а внешней среде отводится роль провоцирующего фактора, внешнего толчка и т. д.

Ответная реакция организма и характер раздражителя находятся в весьма сложных и противоречивых отношениях. Особенности ответной реакции организма зависят не только от качественной и количественной природы и характеристики раздражителя, но и от биологической природы самого организма. Проф. М. Г. Дурмишьян в своей вступительной статье к «Очеркам об адаптационном синдроме» Селье справедливо указывал, что автор концепции стресс явно недооценивает причинный генез неспецифических реакций и в то же время переоценивает значение тех условий, при наличии которых осуществляются эти реакции.

В начале своих «Очерков об адаптационном синдроме» Селье пишет, что «теперь в физиологии эндокринных желез основной проблемой является уже не вопрос о том, что делают гормоны, а вопрос о том, какие реакции адаптации обусловливаются ими»[1]. Выдвинув же на первое место «какие» вместо «что», Селье по существу подменяет причинный, каузальный фактор условным, кондициональным. Селье «...в значительной мере искусственно расчленяет „причинный фактор“ от „фактора обусловливающего“, порой даже противопоставляет их. Разве вопрос о том, „что делают гормоны“, не тесно связан с вопросом, „какие реакции адаптации обусловливаются ими“? Разве задача выявления специфических патогенных агентов отвергает „патогенные ситуации“? Разве нельзя видеть в „патогенной ситуации“ существенную роль „патогенного агента“?»[2].

Мы согласны с М. Г. Дурмишьяном, что взгляды Селье нельзя отождествлять с кондиционализмом М. Ферворна. Но нельзя согласиться с тем, что концепция Селье якобы далека от кондиционализма вообще. Безусловно, Селье в анализе конкретных проблем патологии стоит на позиции стихийного материализма. Но подобный материализм легко уживается с кондиционализмом, конституционализмом и релятивизмом. «Кондиционализм, которым пронизаны теоретические концепции Селье, не может объяснить все описанные им факты. В каждом явлении, как физиологическом, так и патологическом, всегда можно найти ведущее звено — причину данного явления, которое может только ослабляться или усиливаться теми или иными условиями. В этом смысле каузализм, на

---

[1] Г. Селье. Очерки об адаптационном синдроме, Медгиз, 1960, стр. 41.
[2] М. Г. Дурмишьян. Вступительная статья к «Очеркам об адаптационном синдроме», Медгиз, 1960, стр. 24.

основе которого развивается советская медицина и который открывает огромные профилактические возможности, мог бы оказаться более полезным Селье в построении теоретических концепций...»[1].

В концепции стресс, на наш взгляд, имеет место тенденция к стиранию качественных граней между нормой и патологией, здоровьем и болезнью. Об этом говорит и сам термин «адаптационная болезнь». П. Д. Горизонтов справедливо указывает на то, что термин «адаптационная болезнь» «нелогичен по своему смыслу», адаптацией заболеть нельзя.

Гносеологической основой некоторого отождествления физиологического и патологического в учении Селье является неумение провести грань между приспособительными и разрушающими моментами в состоянии напряжения организма (стресса). Абсолютизируя роль напряжения, так называемого стресса, Селье по существу превращает его в универсальный, общий механизм как физиологического, так и патологического состояния организма. Н. Н. Жуков-Вережников справедливо указывает на то, что при таком методологическом подходе возникает опасность возрождения теории чисто эндогенного происхождения болезни за счет пресловутых «механизмов болезни», его «способности болеть» и т. д.

Селье говорит, что, по мнению Гиппократа, болезнь не исчерпывается одним лишь страданием организма («патос»), что она имеет и противоположную сторону — борьбу, усилие организма («понос»). Последнее — это борьба целебных сил самого организма за восстановление исходного, т. е. нормального состояния.

Формально признавая двойственность, противоречивость патологического процесса, Селье все внимание по существу концентрирует на «борьбе», «усилии», «напряжении» организма, возникших при воздействии чрезвычайного стрессора. Если в методическом, экспериментальном отношении такой подход является научно оправданным, то в методологическом, гносеологическом — он несостоятелен, являя собой дань метафизике и автогенетическим теориям.

Тропа механицизма ведет Селье все дальше в царство телеологии и идеализма. В своей философской концепции Селье выступает как сознательный защитник телеологического принципа в биологии и медицине. Он говорит о целенаправленном развитии каждой биологической единицы в природе, начиная от клетки и кончая целым организмом.

Как известно, с 1950 г. стали выходить так называемые ежегодные отчеты о стрессе. В «Третьем ежегодном отчете о

---

[1] А. И. Струков. Рецензия на книгу Г. Селье «Химическое предупреждение сердечных заболеваний». Архив патологии, 1959, № 12, стр. 72.

стрессе» (1953) Г. Селье открыто называет себя сторонником телеологического принципа в медицине и биологии. Здесь же он выдвинул понятие о «телеологических центрах», развив его дальше в «Стрессе жизни» (1956). Новообразовательные, инфекционные процессы, так же как и слаженная работа самого организма, рассматриваются как деятельность «телеологических центров». Формирование подобных центров он считает одним из великих законов природы. Становясь на позиции креационизма, Селье говорит о существовании высшего телеологического центра, создавшего не только природу, но и самого человека. «Каждая клетка внутри организма, — говорит Селье, — представляет собой телеологический центр, чьи целевые реакции могут быть проанализированы по отношению к другим центрам»[1]. Клетка — телеологический центр, функционирующий лишь в собственных биологических интересах. Более того, целенаправленны якобы и защитные реакции организма. Человек рассматривается как телеологический центр, стремящийся только к обеспечению своих потребностей.

Телеологически понимаемые биологические закономерности развития организмов Селье механически переносит на ход общественного развития. Под этим углом зрения рассматривается происхождение таких чувств человека, как чувство эгоизма и альтруизма, мести и благодарности и т. д. Селье говорит, что с момента возникновения первичной клетки в мировом океане она должна была бороться за свое существование или погибнуть. На определенном этапе эволюции якобы образовались целые колонии клеток со своеобразным общим эгоцентризмом. Если по отношению к окружающему такая клеточная «коммуна» ведет себя эгоцентрично, то по отношению к интересам «коммуны» и каждой клетки в отдельности она ведет себя альтруистично. Возникновение раковых клеток, говорит Селье, это забвение ими «принципа коллективного сосуществования» и альтруизма.

Оторвав и противопоставив целесообразность биологических реакций естественному отбору, процессу эволюции, Селье возвел ее в ранг сугубо автономного явления, в ранг причины, а не следствия. Превратив относительную целесообразность структуры и функции живого в абсолютную и окрасив ее в мистические, телеологические тона, Селье идет дальше и делает вывод, что эгоизм и другие аналогичные чувства отдельных людей являются не продуктом определенных социально-экономических условий, а «неотъемлемой чертой живого».

Рассматривая человека как сугубо биологическую особь, Селье наделяет его врожденными эгоцентрическими тенденциями. Общественная же жизнь, говорит он, требует альтру-

---

[1] H. Selye. The Stress of life. 1956, p. 245.

изма. Эти две тенденции постоянно противостоят друг другу, обусловливая прогресс общества. Классовую борьбу как движущую силу развития антагонического общества и силу, в конечном счете определяющую все многообразие его противоречий, Селье подменяет биологически обусловленной тенденцией борьбы эгоцентрического и альтруистического начала.

В свете борьбы этих биологически унаследованных тенденций в представлении Селье вырисовывается некая компромиссная линия поведения человека в обществе, и он приходит к так называемой философии благодарности. По своему объективному содержанию эта философия имеет много общего с реакционными теориями так называемого этического социализма, подвергнутыми резкой критике классиками марксизма-ленинизма.

Селье считает, что конечной целью всякой человеческой деятельности является получение «вознаграждения». При этом полноценное чувство успокоения и удовлетворения приносят не материальные, денежные компенсации, а факт признания и благодарности со стороны окружающих, стоящих на различных ступенях социально-иерархической лестницы. Конфликты и коллизии между классами, между обществом и личностью и т. д. должны разрешаться не в форме классовой борьбы и революции, а в форме такого рода деятельности, которая якобы неизбежно порождает благодарность окружающих членов общества независимо от их классового и имущественного положения, политических симпатий и антипатий. Более того, подобная деятельность, якобы с фатальной силой порождая ответную реакцию благодарности, способна разрешить различные социальные противоречия, примирить классы, общество и личность. Человек, совершая поступки на благо других, тем самым удовлетворяет и свои важнейшие жизненные функции. Говоря словами Ф. Энгельса, подобная философия является философией всеобщего классового примирения и проповеди классовой гармонии.

Такая философия, быть может, вопреки желанию ее автора реабилитирующая негативные стороны жизни эксплуататорского общества и выводящая социальные пороки капиталистического строя из биологической природы человека, не может не импонировать идеологическим воззрениям самых отъявленных империалистических реакционеров и фашиствующих политиков.

Чем дальше отходит Селье от патологии и конкретной экспериментальной тематики, тем больше приближается он к идеализму и телеологии. Идею целенаправленности развития Селье распространяет и на мир неодушевленных вещей и процессов. Даже автомобиль, говорит он, будучи кем-то создан, в конечном итоге представляет собой вещь, определенным об-

разом обеспечивающую собственные интересы рядом целенаправленных актов: так, например, подпрыгивая на ухабах, он защищает себя от травмы.

Следуя своей телеологической логике, Селье в конечном итоге приходит к признанию идеи творца (creator): «Нас окружает комплексный мир, и мы сами — комплексы, а за свою короткую жизнь человек не видит вокруг себя ничего, что было бы случайным, без целенаправленного влияния создавшего этот объект (т. е. бога.— *Г. Ц.*)»[1].

Ссылаясь на существование «творца», Селье предусмотрительно воздвигает барьер между «творцом» и своими научными позициями, говоря, что бог и религия не нуждаются в научном истолковании, а основываются «лишь на вере». Если даже Селье не является убежденным сторонником религии, то он все же не поднимается выше тех буржуазно-ограниченных традиций, которые отводят место для бога и потустороннего мира за рамками науки. Более того, анализ работ Селье все более убеждает, что в объятиях «вездесущего» бога часто оказывается и та наука, которой ученый посвящает свою жизнь.

В своей философской концепции Селье исходит из того, что жизнь человека представляет собой непрерывный поток стрессов, охватывающих весь организм или его отдельные системы. Искусству регулировать степень стресса посвящаются многие страницы его трудов. Жизненным лимитом для каждого человека Селье считает унаследованный и раз навсегда данный запас адаптационной жизненной энергии (vitality), которая якобы «таинственна» и «не похожа ни на какие известные виды энергии». Расходование этой энергии равнозначно старению и приводит к смерти. Энергия не восстанавливается и не компенсируется. Она подобна текущему счету в банке, ее можно расходовать сразу или постепенно. Селье призывает тратить адаптационную энергию разумно: не ставить перед собой непосильных, неразрешимых задач, но в то же время и не избегать борьбы с жизненными трудностями, поскольку пассивность, бездеятельность также являются стрессами. Идея об адаптационной врожденной энергии невольно воспроизводит в памяти пресловутую энтелехию и «жизненную силу», которые так любили поднимать на щит славы виталисты (Г. Дриш и др.). Да и велика ли разница между этими понятиями?! Учитывая идеалистическую, телеологическую позицию Селье, не приходится удивляться и этому допущению. В своих рассуждениях об адаптационной энергии Селье игнорирует роль внешних условий, обусловливающих своим влиянием все стороны жизнедеятельности организма.

Переоценка роли внутреннего, так называемых биологиче-

---

[1] H. Selye. The stress of life. 1956, p. 247.

ских адаптационных механизмов и адаптационной энергии уводит Селье в сторону от столбовой дороги материалистической биологии и медицины. Справедливо указывая, например, на необходимость видеть разницу между физиологическим и хронологическим возрастом, Селье в то же время исходит из метафизического представления о жизни как о процессе замедленной траты строго определенного, неизменного, от рождения унаследованного человеком запаса энергии. Подобные выводы Селье находятся в противоречии с некоторыми его же собственными положениями. Постулируя тезис об адаптации организма к внешним условиям, он опровергает его антитезисом о независимости адаптационной энергии от этих условий. Кроме того, так называемая адаптационная энергия представляется как нечто самостоятельное, независимое от организма, его физиологических закономерностей и среды обитания.

Селье считает, что каждый человек в течение своей жизни должен «выразить себя» — найти выражение и применение своим склонностям и способностям. Всякое препятствие на этом пути ведет к психическому стрессу, может явиться причиной нервно-психических расстройств. В дальнейшей оценке последних и в обосновании методов терапии психических заболеваний Селье полностью солидаризируется с Фрейдом, одобряя и утверждая методы психоанализа и психосоматики.

Таким образом, философские и естественнонаучные взгляды Селье весьма противоречивы. Если исходные, первичные обобщения экспериментальных данных часто носят стихийно-материалистический, механистический характер (недооценка роли высшей нервной деятельности и соответствующая абсолютизация роли системы гипофиз — надпочечники, метафизическое понимание соотношения общих и специфических реакций и т. д.), то его общебиологические и философские взгляды в целом являются идеалистическими. При этом Селье не разделяет принципов какого-либо единого идеалистического направления, а эклектически соединяет основные положения таких философских и медико-биологических идеалистических течений и концепций, как неотомизм, фрейдизм, психосоматика, физиологический идеализм, витализм, кондиционализм и т. д.

Мировоззренческая трагедия Селье еще раз подчеркивает ту непреходящую значимость вещих слов В. И. Ленина, сказанных им в работе «О значении воинствующего материализма», которая является философским завещанием. В этой работе говорится, что без солидного философского обоснования никакие естественные науки, никакой материализм не могут выдержать борьбы против натиска буржуазных идей и восстановления буржуазного миросозерцания.

§ 5. Критика механистических течений зарубежной биологии и медицины

Метафизический, антидиалектический взгляд на важнейшие процессы жизнедеятельности является благоприятной гносеологической почвой для возникновения таких «диаметрально» противоположных направлений, как механицизм и витализм, широко распространенных в зарубежной биологии и медицине. Если виталисты, исходя из факта качественного своеобразия живого в отличие от неживого, возводят между ними непроходимую пропасть, то механицизм в биологии и медицине основывается на полном отождествлении живого и неживого. Разница, имеющая место между живым и неживым, с точки зрения механицизма носит не качественный, а лишь количественный характер.

Как витализм, так и механицизм возникли на единой метафизической основе. В конечном счете как виталисты, так и механицисты не видят качественного различия между живым и неживым. Если последовательный витализм одухотворяет всю окружающую природу и подчиняет ее власти «жизненной силы» с ее неотъемлемым атрибутом абсолютной целесообразности, то последовательный механицизм по существу умерщвляет и обескровливает органическую часть природы.

Расхождение между витализмом и механицизмом может быть выражено следующим образом: «...или живые существа представляют собой только сумму физико-химических явлений и больше ничего — тогда жизнь не составляет новое качество, и мы не можем установить специальные, только для живых существ действительные законы, — так говорят механицисты; или живые существа представляют собой не только сумму физико-химических явлений, тогда в них должно быть еще нечто внефизическое, сверхматериальное — так говорят виталисты» [1].

Механицизм как реакция на идеализм и его специфическую разновидность — витализм — в свое время сыграл известную положительную роль. Он ориентировал внимание исследователей на выявление материальных основ жизненных (как нормальных, так и патологических) процессов и явлений. Но механицисты впали в другую крайность и стали стирать качественное отличие живого от неживого, тем самым стали тормозить развитие науки и отвлекать внимание ученых от необходимости познания новых, качественно своеобразных закономерностей, присущих жизни как биологическому явлению.

---

[1] Э. Бауэр. Диалектика в естествознании. Московский медицинский журнал, 1928, № 10—11, стр. 21.

Все явления органической и неорганической природы представляют для механициста движение той или иной материальной точки в мировом пространстве. Движушиеся и развивающиеся материальные тела претерпевают лишь всевозможные количественные изменения. «Механицизм представлял собой в более ранние периоды развития науки чисто механическое, а в более поздние чисто физико-химическое понимание жизни» [1].

Наиболее наглядно подобный механистический взгляд выразил французский ученый Ле-Дантек. Он считает, что вся природа (живая и неживая) представляет собой непрерывную линию развития. На нижнем конце ее находятся неорганические тела, а на верхнем конце — органические существа. Замыкают эту линию развития высокоразвитые животные и человек. Восхождение по данной линии вверх представляет лишь количественное накопление ряда свойств, присущих живым существам. «И вне жизни, — пишет Ле-Дантек в „Основных началах биологии", — происходят химические реакции; есть и неживые коллоидные тела. Ни один из признаков, рассмотренных нами, не позволяет, таким образом, определить жизнь как нечто отличное от мертвых тел».

Не случайно наиболее последовательные механицисты определяют жизнь как прикладную физику и химию. В свою очередь физиологические и патологические процессы представляют для них простое слагаемое физических и химических законов. Например, в медицине некоторое время была распространена механистическая теория эмиграции лейкоцитов (А. С. Шкляревский). Являясь наиболее легкими элементами крови, лейкоциты во время замедленного тока крови не захватываются ее центральной струей, а останавливаются около сосудистой стенки, образуя краевое стояние. Такое явление механически сравнивалось А. С. Шкляревским со скоплением легких предметов у берегов рек с медленным течением воды. Процесс же выхода (эмиграции) лейкоцитов из сосудов механически объяснялся повышением давления в венах и капиллярах.

На механистичность и односторонность этой теории впервые обратил внимание И. И. Мечников. Он указывал, что эта теория не учитывает массы других процессов, происходящих в очаге воспаления. И. И. Мечников считал, что решающее значение в эмиграции лейкоцитов имеют химические вещества, являющиеся продуктом воспаления. Лейкоциты же обладают повышенной чувствительностью к этим химическим веществам.

---

[1] В. Холличер. Природа в научной картине мира. Изд. И. Л., 1960, стр. 276.

Основной методологический порок названной теории воспаления состоит в том, что она объясняла сложное патологическое явление ограниченными в своем применении законами механики, не учитывая не только ряда биологических, но и химических закономерностей, присущих живому организму.

Для ряда механистических теорий в медицине характерно полное отрицание роли организма в происхождении болезней. Согласно подобным взглядам, единственной причиной патологических процессов является внешняя среда, причем полностью отрицается опосредованное влияние внешней среды в происхождении некоторых заболеваний и признается лишь ее прямое влияние.

Теоретической основой таких взглядов является механоламаркизм, который также не учитывал всей сложности и качественного своеобразия организма. Механоламаркизм исходит из упрощенного представления, что организм, как зеркало, отражает все изменения внешней среды, что организм — пассивное начало, а творческое, формирующее начало — внешняя среда. Поэтому всякое случайное и незначительное влияние внешней среды, несмотря на состояние организма, якобы способно породить патологический процесс.

С точки зрения материалистического естествознания и диалектического материализма, организм не является грубым, механическим слепком с внешней среды. Будучи продуктом природы, живой организм в то же время развивается на базе внутренних, качественно своеобразных закономерностей. Закономерности внешней среды влияют на организм не прямо и не непосредственно, а преломляясь через внутренние закономерности развития организма.

Наиболее полно механистические воззрения отразились в учении Жака Леба. Правда, субъективно Жак Леб отрекался от механицизма, особенно от плоского, упрощенного механицизма. Вместо плоского механицизма Жак Леб предложил так называемый биомеханицизм. Согласно его взглядам, живой организм представляет собой своеобразную машину, построенную из белковых коллоидов в электромагнитной среде. Эта сложная машина, называемая живым организмом, использует химическую энергию белков, жиров и углеводов, электрическую и осмотическую энергию ионов и т. д.

Дав научное обоснование теории тропизмов и тем самым внеся большой вклад в борьбу с витализмом в естествознании, Жак Леб механически применял теорию тропизмов для объяснения ряда общественных явлений. Он пытался дать физико-химическое объяснение таким сложнейшим общественным явлениям, как патриотизм, нравственность и т. д. Жак Леб в статье «Значение тропизмов для патологии» писал: «Высшее развитие этики — именно то явление, что люди мо-

гут быть готовы пожертвовать своей жизнью за идею, — не понятно ни с точки зрения категорического императива, ни с точки зрения утилитаризма. И здесь, может быть, дело происходит так, что под влиянием известных идей происходят химические изменения, например внутренней секреции, повышающей в чрезвычайной степени чувствительность к известным раздражениям, так что подобные люди становятся в такой же степени рабами известных раздражений, как рак становится рабом света».

Жак Леб полностью игнорирует высшую форму движения материи — общественную жизнь, оказывающую решающее влияние на развитие человека.

Часто та или иная идеалистическая теория в современной зарубежной биологии и медицине вырастает на гносеологическом фундаменте механистического понимания жизнедеятельности организма.

Упрощенный, механистический подход к оценке жизни, к дифференцировке «живого» и «неживого» имеет место в работах многих современных зарубежных биологов и медиков. Тезис — «Все биологические процессы можно свести к физическим и химическим реакциям, расшифровать с точки зрения законов физики и химии» дошел и до наших дней. По мнению Карнапа, например, «проблемы биологии могут быть решены при помощи физики. Законы биологии — часть законов физики». В свою очередь Рашевский в статье «Полезна ли концепция, что организм есть машина», ссылаясь на эффективность теории относительности Эйнштейна для развития физики, писал: «Биология ждет своего Эйнштейна, который размахом гения сможет свести комплекс феноменов организма к известным физико-химическим, физико-математическим или просто математическим построениям»[1].

Отрицая качественное многообразие окружающего мира и сводя качественные различия предметов и явлений к чисто количественным, а высшие формы движения материи — к низшим, отождествляя целое с арифметической суммой составляющих его частей, механицизм неимоверно упрощает сложные процессы жизнедеятельности организма как в нормальном, так и в патологическом состоянии.

Бурный прогресс биологии и медицины, использование точных физико-химических, биохимических и биофизических методов исследования, изучение интимных материальных процессов обмена веществ в организме на молекулярном уровне, изучение «химии» и «физики» клетки и т. п. нередко ведут к механистическим обобщающим концепциям. В подобных слу-

[1] N. Rashevsky. Is the concept of an Organism as a machine a useful one? Scince. Monthly, 1955, № 1, p. 35.

чаях некоторые зарубежные ученые на новом этапе развития науки воспроизводят старый и метафизический взгляд Лавуазье о том, что «жизнь есть химическая функция».

Но здесь не учитывается важная диалектико-материалистическая закономерность, согласно которой, говоря словами Ф. Энгельса, химические процессы выходят за свои собственные рамки, когда они порождают живой белок. При изучении всех физиологических и патологических процессов необходимо учитывать своеобразие химизма жизненных явлений. При отсутствии диалектико-материалистического миропонимания механистические воззрения питаются самим прогрессом науки.

В результате бурного развития электроники и кибернетики многие ученые, особенно за рубежом, приходят к выводу о возможности полного воспроизведения, моделирования регуляторных процессов, происходящих в организме, в создаваемых сложных машинах.

Современный зарубежный книжный рынок все более заполняется работами, посвященными проблеме «человек — машина». В подобных работах дискутируется вопрос о возможности, целесообразности и значении идентификации человеческого организма и машины или мозга человека и машины. В современном капиталистическом мире возник своеобразный культ машин, имеется тенденция фетишизации машин. На вычислительные машины надеются возложить «задачи сотрудников генеральных штабов в области глобальной стратегии». Американские вычислительные автоматы объявляются «атомными бомбами духа». Кроме того, машины якобы должны «своевременно осуществлять приспособление промышленности к рынку и превращать понижение курса цен в его повышение»[1].

На состоявшемся в 1953 г. в Бостоне симпозиуме «Организм и машина» Мак Калоч утверждал, что кибернетические машины могут достигнуть такого же совершенства, как и человеческий мозг. «Кибернетика, — говорит Мак Калоч, — помогла нам разрушить стену между большим миром физики и гетто — разума»[2].

Идя по пути механического отождествления организма и машины, Мак Калоч распространяет законы эволюции и на «деятельность» машин. Более того, буржуазный закон конкуренции, борьбы за существование он переносит на «взаимоотношения» машин, утверждая, что «наиболее сильные (машины) и приспособленные будут оставаться...»[3].

---

[1] В. Холличер. Природа в научной картине мира. Изд. Иностранной литературы, 1960, стр. 436.

[2] Science, 1955, № 1, p. 39.

[3] Там же, p. 38.

Венцом подобных механистических взглядов являются утверждения некоторых буржуазных идеологов о возможности вытеснения человека машиной, о возможности «машинного самовоспроизводства», ненужности человека в будущем, о его «самоизживании» и т. д.

Отвергая подобные механистические взгляды на роль и место кибернетики, научно-материалистическая медицина в то же время видит большие перспективы, связанные с использованием кибернетики в диагностике, лабораторных исследованиях и т. д.

О несостоятельности механистических выводов о возможности замены клинического мышления врача так называемым кибернетическим диагностом говорит то, что диагностический процесс не является результатом арифметического суммирования различных симптомов болезни. В самом деле, «диагностика — это не процесс суммации, а процесс синтеза, процесс творчества»[1]. Несмотря на то что операции современных счетнорешающих устройств не ограничиваются элементами простого «арифметического суммирования», тем не менее они не в состоянии заменить подлинно творческую деятельность врача.

Недопустимость отождествления так называемого кибернетического диагноста с клиническим диагнозом врача хорошо выражена в афоризме: «машина может выписывать рецепт, но врач непременно должен его подписывать».

Нередко механицизм проявляется и при истолковании вопроса о взаимоотношении физиологического и патологического, количественных и качественных показателей в организме человека.

Наиболее часто механицизм проявляется при выяснении взаимоотношения между такими понятиями-«близнецами», как здоровье и болезнь, болезнь и симптом, специфическое и неспецифическое, количество и качество, часть и целое, внешнее и внутреннее и т. д.

Например, упоминаемый нами Селье соотношение количественных и качественных изменений в жизнедеятельности организма понимает следующим образом: «Не справедливо ли предположить, что количественное и качественное различие основано больше всего на степени действия (т. е. на количестве.— *Г. Ц.*)»[2].

Для иллюстрации этой мысли Селье приводит такой пример: гигантское табло иллюминации состоит из разноцветных ламп, каждая дает лишь один эффект, но благодаря

---

[1] А. М. Спектор. По поводу статьи А. М. Сигала «Заметки о врачебном мышлении и проблеме техники в области внутренней медицины». Казанский медицинский журнал, 1960, № 6, стр. 90.

[2] H. Selye. The stress of life, 1956, p. 224.

различным сочетаниям этих ламп получается разное качество.

С подобных же количественных, механистических позиций Селье понимает важнейшие медико-биологические проблемы. Рассматривая организм как арифметическую сумму элементов, Селье делает вывод, что специфический агент действует лишь на один или немногие элементы, неспецифический — на все или многие. Справедливо подчеркивая отсутствие абсолютных граней между специфическим и неспецифическим действием, Селье в то же время не может преодолеть односторонне количественный, механистический подход к этой проблеме. Он утверждает, что «при рассмотрении этих парных компонентов мы опять приходим к мысли, что отличие между ними не качественное, а скорее количественное»[1].

Недооценка качественных изменений и нивелирование их с количественными Селье допускает и при анализе различных реакций организма.

Рассматривая реакцию элементом, единицей жизни, Селье делает вывод, что вся многообразная деятельность организма — это простая сумма элементарных реакций. Когда их много, процесс имеет одно качество, когда мало — другое. Все это, по мнению Селье, осуществляется по тому же принципу, на котором построен пример с табло, состоящим из лампочек.

Отрицая принципиальную разницу между количественными и качественными признаками, механицизм в биологии и медицине приводит в конечном счете к отождествлению живого и неживого. Стирая качественное различие между живым и неживым, здоровьем и болезнью, механицизм тормозит развитие биологии и медицины, отвлекает внимание ученых от необходимости познания новых, качественно своеобразных закономерностей, присущих живому в отличие от неживого, а здоровью — в отличие от болезни.

Проблема взаимоотношения биологического с механическими, физическими и химическими закономерностями в настоящее время имеет исключительно важное значение для решения многих узловых проблем медицины и биологии. В этой связи перед советскими учеными возникает задача помочь ряду крупных, прогрессивных зарубежных ученых, не владеющих еще диалектико-материалистической методологией, встать на правильные гносеологические позиции.

Например, известный американский биохимик Р. Уильямс в своей ценной в фактическом отношении книге «Биохимическая индивидуальность» (Генетотрофный принцип, 1960) нередко делает неправильные выводы из-за своей методологической слабости. В частности, он универсализирует генето-

---

[1] H. Selye. The stress of life, 1956, p. 223.

трофный принцип лечения, исходя из того, что некоторые наследственные болезни обусловлены отсутствием способности организма образовывать необходимый для его нормального развития тот или иной элемент. При отсутствии подобного элемента возникает заболевание, излечить которое якобы можно путем введения в организм этого недостающего элемента.

Таким образом, Уильямс рассматривает организм как механическую сумму различных биохимических слагаемых, отсутствие одного из которых якобы вызывает болезнь, а привнесение его в организм будто бы ведет к выздоровлению.

Прогресс медико-биологических наук выдвигает все новые и новые методологические вопросы. В частности, в связи с развитием экспериментальной биологии и медицины и моделированием человеческих болезней возникла методологическая, гносеологическая проблема о сфере применимости экспериментального метода в медицине, об общности и различии экспериментальной и клинической болезни, болезни животного и человека, о соотношении сложных форм развития заболевания (человек) с более простыми (экспериментальная болезнь животного) и т. д.

При господстве субъективных методов изучения жизнедеятельности организма свойства, качества и закономерности человеческого организма нередко переносили на нижестоящие в филогенетическом отношении живые существа. Сейчас при использовании объективных методов исследования закономерности, познанные при изучении тех или иных животных, часто механически переносятся на человека.

Учитывая социальную природу человека и принимая во внимание возможность оказания большого влияния психоэмоционального фактора на возникновение и течение болезни, следует сделать вывод, что любая экспериментальная болезнь, любой эксперимент на животных способен воспроизвести лишь некоторые стороны и проявления сложного патологического содержания болезни человека. В этой связи становится неоправданным механический перенос закономерностей рефлекторной деятельности животных на деятельность человеческого организма.

Иногда механицизм в деятельности врача проявляется в переоценке роли лабораторных средств и способов изучения болезни. Даже самые сложные лабораторные исследования дают сведения лишь о частных сдвигах и изменениях больного организма. В подобных случаях исследуемый организм как бы дробится на части. При увлечении лабораторными исследованиями целое (состояние больного организма) рассматривается через призму его отдельных частей, целое механически низводится до уровня частей. При чрезмерном увлечении

техникой лабораторного исследования больной человек как социальная единица, органически связанная с конкретными условиями труда, быта, отдыха, с индивидуальными психологическими особенностями и т. д., отступает на второй план. В таких случаях «... врач соприкасается с больным только через посредство счетной камеры, пробирки, рентгена, зондов и т. д., в результате такого подхода (возникает. — *Г. Ц.*) ошибочный, нередко ничего общего с жизнью не имеющий диагноз.

Но если излишние лабораторные исследования небезразличны для больного, то преклонение врача перед медикаментами, вера в их всемогущество уже часто приводят к вредным последствиям. Больной рассматривается как реактивная колба, его заболевание — как результат сдвигов физико-химического состава его организма в неблагоприятную для последнего сторону, и дачей медикаментов врач старается этот сдвиг изменить в желательную сторону»[1].

Механицизм в медико-биологических науках, как правильно отметил Г. П. Сахаров[2] в известной работе «Методология патологии» проявляется в следующем.

1. Переоценка частного в ущерб целому (слишком широкие заключения на основании опытов на изолированных органах; переоценка какой-либо из систем организма, например эндокринной, с тенденцией к сведению чуть ли не всех болезней к поражению этой системы).

2. Учитывая многочисленные связи организма, последний все же рассматривается как механическая сумма частей.

3. Стремление свести некоторые явления к более простым, входящим в них моментам (попытка сведения психики к условным рефлексам, чрезмерное увлечение физико-химией с игнорированием качественного своеобразия живой материи).

В этой связи следует указать на «воинствующую механистическую» тенденцию, имеющую место в современной зарубежной физиологии и заключающуюся в стремлении уничтожить проблему воли, свести все феномены произвольного характера к простым автоматизированным нервным процессам. Такой подход ведет к разрушению самого понятия личности, к отождествлению личности с машиной.

4. Одностороннее увлечение лабораторно-экспериментальными исследованиями в ущерб клиническим с безоговорочным перенесением экспериментальных данных с одних животных на других, с животного на человека и т. д.

Чаще всего механицизм проявляется в отрицании специфических особенностей медико-биологических явлений, в све-

---

[1] С. М. Шварц. Кризис медицины и здравоохранения в Германии. Казанский медицинский журнал, 1933, № 3, стр. 176—177.

[2] Г. П. Сахаров. Методология патологии. М., 1935.

дении сущности этих явлений к простым физическим, химическим и механическим закономерностям. Но так как подобное сведение и упрощение сложного часто не удаются, механицисты приходят к агностическому выводу о непознаваемости жизненных явлений. Так, механицизм перерастает в агностицизм, все более приближаясь к виталистическому взгляду о непознаваемости и таинственности жизни.

§ 6. Критика виталистических течений зарубежной биологии и медицины

Односторонность, упрощенность механицизма, не позволяющая правильно объяснить важнейшие процессы жизни в их нормальном и патологическом состоянии, представляет питательную базу для всевозможных виталистических взглядов на эти вопросы. В конечном счете как механицизм, так и витализм стирают качественное различие между живым и неживым. Если последовательный механицизм, как мы уже говорили, по существу умерщвляет и обескровливает органическую, живую природу, отождествляя ее с неживой природой, то последовательный витализм, напротив, одухотворяет всю окружающую, в том числе и неживую природу, подчиняя ее власти «жизненной силы», энтелехии, абсолютной целесообразности, «порыву к форме» и т. д.

Виталистические взгляды на живую материю, на организм и его энергетические ресурсы, на соотношение психического и соматического не менее распространены в современной зарубежной биологии и медицине, чем вульгарно-материалистические и механистические воззрения. В частности, в работах крупнейшего английского физиолога Чарлза Шеррингтона виталистические идеи являются своеобразным философским кредо его учения. В книге «Человек по своей природе» Шеррингтон недвусмысленно говорит о своей приверженности к витализму: «Категория живого и неживого кажется, как рассматривают ее ученые, исчезнувшей. Нет радикальной разницы между живым и мертвым. Самое отличие между ними является условностью. ...Категорию жизни спускают вниз, вплоть до атома»[1]. Шеррингтон солидаризируется с идеалистическим и виталистическим учением Джона Фернала (XVI век), для которого тело представлялось судном, а дух — кормчим. Тело — материя якобы подчиняется духу — не материи. Шеррингтон говорит, что сегодня наука не может предложить ничего нового в понимании этой проблемы.

---

[1] C. Sherrington. Man on his Nature. Edinburg, 1945, p. 266.

Шеррингтон говорит, что физико-химические науки не могут быть орудием научного познания, так как в биологии господствует телеология, познание через «конечные цели». На все явления и процессы жизни Шеррингтон смотрит через виталистический окуляр, оперируя «классическими» виталистическими понятиями, такими, как «порыв», «творчество», «жест» и т. д. Жизнь определяется как «творец протеинов».

Следуя основным виталистическим принципам, Шеррингтон отрицает применимость эволюции для объяснения процессов и явлений жизни. Он утверждает, что эволюция не в состоянии породить что-либо новое, она представляет лишь перетасовку различных атомов и элементов, в результате которой образуются новые молекулярные комбинации и т. д. При этом в основу развития кладется аристотелевская энтелехия, якобы «оживляющая» эти молекулярные комбинации, служащая философской основой различных виталистических построений Шеррингтона и многих других зарубежных медиков и биологов.

Густав Бергман, немецкий хирург, в статье «Новое мышление в медицине» также выдвигает и защищает виталистический тезис о том, что методологически правильной позицией является оценка всех явлений с точки зрения их «назначения в организме». «Чистая телеология, — говорит он, — имеет право на существование наряду с причинностью»[1].

Израильский медик Герман Цондек в статье «Философские аспекты медицины» говорит о «бессознательном благоразумии» клеток, в своей функциональной деятельности приспосабливающихся к условиям существования. «Но если мы установили существование бессознательной целесообразности, мы можем с уверенностью принять существование осознанной целесообразности»[2].

Витализм Цондека органически сочетается с агностическими выводами. «Это допущение (осознанной целесообразности. — *Г. Ц.*) приводит нас — врачей и ученых — к убеждению в существовании некоторой ультимативной силы, которая навсегда останется не познанной для человеческого разума»[3]. Цондек призывает врачей обратить внимание на «чудеса природы», столь «мудро организованной». Говоря о наибольшей близости медицины к религии, Цондек пишет, что никакая профессия не связана так с чудесами и «святостью» живого, как медицина.

---

[1] G. Bargmann. Neues Denken in der Medizin. München, 1947, S. 23.

[2] H. Zondek., Philosophical aspects of Medicine. Israel medical Journal, 1958, № 9—10, p. 234.

[3] Там же, p. 293.

На протяжении многовековой истории своего существования витализм всегда паразитировал на слабо разработанных и изученных проблемах биологии и медицины. Бернард Фишер, учитывая это обстоятельство, говорил, что существование витализма в значительной мере обусловлено тем, что в ближайшем будущем проблема жизни по своей природе не может найти исчерпывающего материалистического объяснения. Эти слова были сказаны около трех десятилетий назад. С тех пор круг научных проблем, на которых, как сорняк, паразитировал витализм, резко сократился. Каждый шаг развития материалистической биологии и медицины оттесняет назад, на свалку истории, всевозможные идеалистические, в том числе и виталистические теории.

Было бы, конечно, некоторым упрощением считать, что витализм использует в своих целях лишь неразработанные или слабо изученные проблемы жизни. По мере сужения круга неизученных проблем жизни витализм, как саранча, перекочевывает и на область экспериментально разработанных, но слабо объясненных с философской материалистической позиции явлений и процессов жизни.

Некоторую «жизнеспособность» витализму придает то обстоятельство, что он свои спекулятивно-идеалистические теории строит на реальных фактах качественного своеобразия живой материи в отличие от неживой. Но ссылка на качественное своеобразие живой природы для виталистов — это ступень к тому, чтобы «высвободить» процессы жизнедеятельности от естественных, физико-химических и биологических законов, чтобы доказать нематериальность высших проявлений жизни.

В частности, по мнению виталиста Галлера, деятельностью организма безраздельно руководят одухотворенные жизненные силы (vires Vitales) — сократимость, раздражимость и чувствительность.

Блюменбах считает, что жизнедеятельность организма. помимо сократимости, раздражимости и чувствительности, характеризуется еще и «порывом к форме» (nisus formativus). «Порыв к форме» — это одно из связующих звеньев старого и нового витализма, так как, с точки зрения тех и других, какая-то трансцендентная, нематериальная сила руководит всеми формообразовательными, регенеративными и другими процессами. Или, например, последовательно виталистической является теория Тревирануса о жизненных инстинктах, являющихся одухотворенным, координирующим началом существования и развития организма. Тревиранус подверг виталистическому одухотворению не только животные, но и растительные существа. «Может быть, — говорил он, — пшеничному зерну снится корень, стебель и колос».

Даже в целом материалистическое учение выдающегося естествоиспытателя XVI—XVII веков Гарвея не было лишено отдельных элементов витализма. Например, он считал, что развитие зародыша обусловлено наличием в организме особого зодчего (Opifex), который якобы и руководит всем формообразовательным процессом.

Нужно всегда иметь в виду, что форма и содержание виталистических теорий зависят от уровня развития биологии и медицины. На каждом новом этапе витализм перестраивается соответственно уровню научных достижений. Витализм представляет собой негативную сторону развития науки.

Основоположник и крупнейший представитель неовитализма Г. Дриш поставил перед собой задачу привести в «соответствие» виталистическое учение с достижениями современной ему физики, химии и биологии. С точки зрения неовитализма Дриша, значительная часть жизненных процессов носит материальный характер, в силу чего она может быть объяснена физико-химическим путем. Но наряду с материальными, физико-химическими процессами в живом организме (здоровом и больном) якобы существует незначительная часть процессов, материально не обусловленных.

При этом материальные (физико-химические) процессы и нематериальные (энтелехиальные) якобы находятся в состоянии такой причинно-следственной связи, при которой ведущим, детерминирующим фактором является энтелехия. Энтелехия как нематериальное начало, как нечто трансцендентное не имеет ни пространственных, ни временных координат, она не локализуется в каком-либо органе или системе живого организма. Этот «внепространственный интенсивный» фактор, не находясь в пространстве, действует в то же время в пространстве и обусловливает все формообразовательные процессы и функциональные свойства организма. «Энтелехия, — по мнению Дриша, — есть не энергия, не сила, не протяженность и не константа, только — энтелехия. Нет ничего подобного ей в неорганическом мире». В конечном счете все процессы жизнедеятельности организма неовиталисты подчиняют вездесущей и всемогущей энтелехии. Например, с точки зрения Дриша, целостность организма представляет собой своеобразный прообраз организма, существующий еще до его реального возникновения. Дришевская энтелехия руководит и процессом эмбрионального развития организма, и всеми процессами жизнедеятельности взрослого организма как в нормальном, так и патологическом состоянии.

Деятельность разрозненных клеток, органов и систем объединяется в координируемое и регулируемое единство, в живой функционирующий организм якобы с помощью особого нематериального фактора. Французский анатом и физиолог

середины XIX века А. Мильн-Эдварс говорил, что «гармония частей организма зависит не от влияния их друг на друга, а от их координации, обусловленной волей единого принципа, предусмотренного плана, предшествующей идеи»[1].

Идеалистически понимаемому виталистами принципу координации современная научная биология и медицина противопоставляют положение, согласно которому всякая целостная живая система (организм), помимо структуры своих составных частей (клетки, ткани, органы), имеет свою общую, собственную структуру, у высокоразвитых организмов представленную прежде всего нервной системой.

Дришевский витализм по существу представляет одну из разновидностей дуализма с явным преобладанием элементов идеализма, с подчинением физико-химических процессов так называемой энтелехии. Абсолютизируя специфичность жизненных процессов, виталисты приходят к противопоставлению живого и неживого и, следовательно, становятся на путь дуализма. Энтелехия, по Дришу, являясь автономной единицей, развивается по своим собственным законам, ничего общего не имеющим с физико-химическими и биологическими закономерностями.

Подобные взгляды Дриша полностью совпадают с теориями открытых сторонников теологии. Например, Ашофф в своей речи «Религия и естествознание», произнесенной на конгрессе немецких врачей и естествоиспытателей в 1926 г., утверждал, что якобы естествознание бессильно своими собственными средствами объяснить многие загадки природы. «Есть много вопросов, которых мы не знаем и узнать не сможем. Между естествознанием и религией искусственно создали границы». Те «вопросы, которых мы не знаем...», вернее, которые мы пока еще недостаточно хорошо знаем, и являются той опорой, над которой надстраиваются всевозможные виталистические теории.

Виталистическую теорию о доминантах (сверхсилах) выдвинул в свое время ботаник Н. Рейнке. По его мнению, все системы органической и неорганической природы, представляющие какое-либо подобие целого, подчинены действию доминанты. Доминанта представляет собой целесообразно действующее, регулирующее начало, координирующее и субординирующее деятельность отдельных частей той или иной системы. По своему существу доминанта ничем не отличается от энтелехии Дриша, психоидов психоламаркистов, тоски по смерти танатологистов, телеологического начала Берга и т. д. Доминанта не вещественна, не энергетична, а духовна, ни в пространстве, ни во времени не локализована.

---

[1] Цит. по Большой советской энциклопедии. Изд. 2-е, т. 45, стр. 43

В наши дни витализм опирается на антинаучное положение физического идеализма об абсолютном различии законов макромира и микромира. Если явления макромира они часто отдают во власть механистического детерминизма, то явлениям микромира и процессам жизнедеятельности организмов приписывается индетерминистский характер, вплоть до «свободы воли».

В лучших случаях в явлениях и процессах жизнедеятельности виталисты видят лишь «своеобразный детерминизм», понимая под последним полную зависимость функциональных и морфологических свойств организма от всесильной энтелехии Дриша, доминанты Рейнке, системы импульса и т. д.

Виталисты специализируются преимущественно на извращении проблемы целостности организма и целесообразности его процессов. Например, общебиологическая и медицинская проблема регенерации рассматривается с точки зрения виталистического понимания целостности организма. Под регенерацией виталисты понимают способность организма возвращаться к его исходному, доболезненному состоянию. При этом, по их мнению, регенерированный организм количественно и качественно (т. е. абсолютно) воспроизводит былое состояние. Несостоятельность такого взгляда заключается в том, что, во-первых, процесс регенерации ставится в зависимость от энтелехии, а во-вторых, извращается экспериментально доказанный факт об отсутствии полной, абсолютной регенерации.

Экспериментальная биология и медицина доказывают, что в любом живом организме имеет место лишь неполная регенерация. Различными формами неполной регенерации является гетероморфизм (утраченный орган заменяется другим, морфологически и даже функционально ему не эквивалентным); редукция (дифференцированный орган превращается в недифференцированный клеточный материал); гипотипия, суперрегенерация и т. д. При этом при регенерации чаще всего восстанавливается филогенетически более старая форма.

С точки зрения материалистического естествознания, регенерация (в данном случае речь идет о репаративной, а не о физиологической регенерации) отличается от нормы в количественном и качественном отношении. Кроме того, регенерация представляет собой компенсаторно-приспособительную реакцию, возникшую в процессе эволюционного развития.

Целостность и целесообразность организма, с точки зрения виталистов, зависят от какой-то потусторонней «жизненной силы», называемой по-разному в зависимости от автора. В своих теориях виталисты совершают переход от индивидуальной целесообразности организма к всеобщей, универсальной целесообразности живой природы. Проблема целесообраз-

ности живой природы рассматривается виталистами как некая имманентная «защитная сила» организма. Начиная с факта необратимости эволюционного развития и кончая рядом патологических процессов, при определенных условиях относительно полезных для организма, якобы действует непреложный закон абсолютной целесообразности. Например, необратимость эволюционного развития Негели объяснял наличием у живых существ гипотетического «принципа совершенствования», который якобы является преградой на пути попятного, обратного развития.

Наибольшим извращениям со стороны виталистов подвергается проблема воспаления. Например, выход лейкоцитов из сосудов при фагоцитарной реакции рассматривался как осознанный акт, а некротические и дегенеративные процессы, являющиеся следствием воспалительной реакции, рассматривались как осознанный акт самопожертвования. Например, В. В. Подвысоцкий в курсе «Общей патологии» дает следующее «одухотворенное» объяснение подобным явлениям: «Как ни одно сражение, даже кончающееся полной победой, не обходится без жертв, так и при всяком воспалении непременно должны быть в ткани такие жертвы». Другими словами, в интересах целостности и предустановленной целесообразности организм якобы приносит в жертву часть лейкоцитов и других элементов организма.

Некоторые же виталисты, наоборот, патологические процессы рассматривают как нарушение принципа целесообразности. Например, в статье «Жизнь, раздражение, болезнь и воспаление» (1923) Рейнке следующим образом выражает свой виталистический взгляд на болезнь: «Болезнь есть нарушение связи целесообразности в живом организме... Отличительный признак болезни заключается в том, что среди жизненных явлений, еще организованных целесообразно, появляются такие, которые проникаются чисто каузальной закономерностью и, следовательно, в каждом из этих компонентов наблюдается закономерность различного рода».

Следовательно, здесь метафизически противопоставляется нормальное состояние организма (с господством принципа одухотворенной целесообразности) патологическому состоянию, подчиненному ненавистному виталистам принципу причинности.

Характерной чертой витализма является стремление выдать воспалительный процесс как абсолютно полезную при всех условиях реакцию, так как, с их точки зрения, воспаление находится под влиянием одухотворенного начала, стоящего на страже интересов целостности организма. На самом деле полезность или вредность воспаления обусловливается рядом конкрентных условий существования организма. Одна и та

же воспалительная реакция в разных условиях развития организма может быть или полезной, или вредной, или полезной и вредной в одно и то же время с преобладанием либо одной, либо другой диалектической противоположности. Например, неизбежный спутник воспалительной реакции — повышенная температура, с одной стороны, полезна и относительно целесообразна, так как она усиливает жизненные процессы в организме и в то же время вредно действует на проникшие в организм микробы. Но если температура перейдет определенный количественный рубеж, то она будет оказывать на организм отрицательное влияние и может привести его к гибели.

Если, по мнению виталистов, полезность и целесообразность — результат действия энтелехии, доминанты и других «жизненных сил», то материалистическое естествознание, руководствуясь диалектическим материализмом, рассматривает целесообразность ряда жизненных процессов с единственно правильной эволюционной точки зрения. К. А. Тимирязев по этому поводу писал: «Отбор без отбирающего лица, слепой и безжалостно работающий без устали в течение нескольких веков, отбирающий одинаково и крупные, и внешние особенности, и самые ничтожные подробности внутреннего строения — под одним только условием, чтобы они были полезны для организма; естественный отбор — вот причина совершенства органического мира; время и смерть — вот регуляторы его гармонии».

Прав Фишер, когда рассматривает целесообразность как выражение длительной жизнедеятельности. Действительно, в процессе многовекового эволюционного развития в основном наследовались те свойства и качества организма, которые позволяли ему более тонко и дифференцированно, а следовательно, и более целесообразно приспособиться к условиям окружающей среды.

Современные неовиталистические воззрения преимущественно опираются на философию неокантианства, предварительно «освободив» философию Канта от материалистического элемента, от «вещи в себе». Исходя из махистского принципа о невозможности мыслить физическое вне его неразрывной связи с психическим, неовиталисты в конечном счете превращают духовное в первооснову, субстанцию живого организма. «... Неовитализм является направлением мысли, исключительно отрицательным и ретроградным; по своему существу он не может служить „рабочей гипотезой“, так как объявляет задачи физиологии не разрешимыми путем научного исследования, а проповедует возврат к чисто схоластическим приемам — к изобретению метафизических начал целесообразного действия (энтелехия Друша, детерминанты Рейнке, сознательно творящая протоплазма неоламаркистов, душа

растения фитопсихологов и т. д.), представляющих только вариации на тему Spiritus rector старых виталистов. Неовитализм... — это вненаучная реакция против научного духа времени, возврат к теолого-метафизическому складу мышления»[1].

§ 7. Критика биологизаторских и натуралистических течений зарубежной медицины и буржуазной медицинской социологии

Механистические и виталистические взгляды на жизнедеятельность организма являются питательной почвой для извращенного, биологизаторского истолкования различных явлений и процессов общественного развития, столь характерного для ряда философствующих буржуазных медиков.

«Империализм, — говорится в Программе КПСС, — вступил в период заката и гибели. Неотвратимый процесс разложения охватил капитализм от основания до вершины: его экономический и государственный строй, политику и идеологию»[2]. В поисках аргументов для оправдания капиталистического строя, системы угнетения и эксплуатации буржуазные идеологи часто пытаются опереться на реальные, а иногда и вымышленные биологические закономерности развития.

Некоторые крупные ученые-медики и биологи из-за своей философской, методологической беспомощности, часто даже вопреки своему субъективному желанию, вопреки своим политическим убеждениям делают такие выводы и обобщения, которые широко используются буржуазной реакцией. Анализируя законы развития человеческого организма в норме и патологии, некоторые зарубежные медики стремятся механически распространить их на сферу социальной жизни. К ним следует отнести крупнейшего американского физиолога Вальтера Кэннона, внесшего немалый вклад в изучение физиологии вегетативной нервной системы, гуморальной регуляции функций и т. д. С именем Кэннона связана концепция о регулируемом постоянстве внутренней среды организма, получившая название гомеостазиса. «Эквилибриум», или гомеостазис, — это подвижное равновесие внутренней среды организма, точно и тонко регулируемое нервной системой и эндокринными железами. Благодаря этой регуляции и осуществляется приспособление организма к постоянно меняющимся условиям среды. Постоянство внутренней среды обеспечивает нормаль-

---

[1] К. А. Тимирязев. Сочинения. Сельхозгиз, 1938, т. V, стр. 451—452.
[2] Материалы XXII съезда КПСС. Госполитиздат, 1962, стр. 337.

ное существование организма, относительную независимость от изменяющихся условий среды.

Но Кэннон неимоверно расширяет понятие гомеостазиса, включая в него и жизнь «социального организма», т. е. общества. Одна из глав его работы «Мудрость тела» называется «Связь между биологическим и социальным гомеостазисом». Содержание этой главы сводится к доказательству того, что общественная жизнь является механическим воспроизведением биологического гомеостазиса. Ставя перед собой вопрос: «Не может ли принцип стабилизации, столь распространенный в биологии, найти применение в обществе», Кэннон отвечает на него утвердительно.

Ранние эпохи человеческой истории, когда люди жили небольшими группами, занимаясь сельскохозяйственным трудом и ведя натуральное хозяйство, Кэннон сравнивает с жизнью одноклеточных организмов, крайне зависимых от окружающих условий и лишенных регуляторных механизмов. Общество на более высоких ступенях исторического развития отождествляется со сложными многоклеточными организмами, имеющими ряд саморегулирующихся физиологических процессов и такой высший регуляторный механизм, как нервная система.

Полностью отвлекаясь от социально-экономических причин, характера и уровня развития способа производства, Кэннон приходит к умозрительному, по существу спенсерианскому выводу, согласно которому отделение ремесла от земледелия, города от деревни рассматривается как обычный биологический процесс специализации отдельных органов и систем на выполнение тех или иных функций в сложном живом организме.

Идя по пути поверхностных аналогий, перенося биологические закономерности на общественную жизнь, Кэннон все более приближается к точке зрения ортодоксальных буржуазных социологов. «Социология» Кэннона является наглядной иллюстрацией того, что всякая попытка подойти к жизни общества с биологическими эталонами и мерками — прямой путь к идеализму, реакционным выводам и заключениям. Не случайно политика господствующих классов рассматривается Кэнноном «регулятором стабилизации» общественного порядка. Призыв к укреплению «механизма противостояния сдвигам» является данью американской политической реакции.

Биологизаторская, механистическая ограниченность не позволяет Кэннону увидеть того, что «социальные расстройства» в виде классовой борьбы, безработицы и т. д. являются следствием существования буржуазных производственных отношений, системы частной собственности, эксплуатации и т. д. Говоря, что «социальный организм, как и биологический, подвержен расстройствам (вызванным. — *Г. Ц.*) экзогенными

и эндогенными причинами»[1], Кэннон сам факт этих «расстройств» и пути их преодоления полностью изолирует от производственных отношений, борьбы классов и т. д. Нищета, безработица и другие социальные бедствия трудящихся капиталистических стран, с точки зрения «социологии гомеостазиса», являются лишь «пассивными жертвами» нарушения биологической стабильности «социального организма».

Для излечения общественных «заболеваний» Кэннон рекомендует своеобразную «социальную терапию». «Если подобные антисоциальные поступки случаются в обществе, оно имеет силы подчинить, подавить вышедший из повиновения объект» [2].

Стремление использовать биологические сопоставления и аналогии для разрешения сложных социальных проблем привело Кэннона к далеким от научной социологии выводам, представляющим благодатный материал для буржуазной идеологической и политической реакции.

Социал-дарвинистский, фрейдистский, биологизаторский взгляд на развитие истории общества присущ многим современным зарубежным медикам и биологам. В так называемой медицинской социологии, получающей в последние годы все большее распространение, предпринимаются попытки «опровержения» марксизма с помощью биологизаторской аргументации. Например, Бауэр, Фишер и Ленц в книге «Учение о человеческой наследственности» утверждают, что неравенство между людьми — это якобы не социальная, а сугубо биологическая проблема: оно является отражением различной наследственной структуры, практически не поддающейся изменению. В своей «Генетической теории естественного отбора» Фишер говорит, что «отличия социального класса — это отличия относительно постоянных в биологическом отношении особей».

Убедившись в беспомощности своих социологических аргументов в борьбе против марксизма, буржуазная реакция все шире опирается на «чисто» биологическую аргументацию, якобы с большей очевидностью вскрывающую несостоятельность марксистского учения. В частности, генетик К. Дарлингтон в книге «Факты жизни» (1953) говорил, что марксизм устарел, что многие его положения не только спорны, но и ошибочны. «Основная ошибка Маркса, — писал Дарлингтон, — заключается в недооценке роли биологического фактора в развитии общества, что привело его к неверной трактовке в вопросе о происхождении классов и классовой борьбы. Социальные классы отличаются друг от друга гене-

---

[1] W. Cannon. The wisdom of the Body. 1939, p. 315.
[2] Там же, p. 319—320.

тически. Это отличие основано на генетических материалах, которые столь же эффективны в клетке, как экономические материалы на рынке». Далее Дарлингтон говорит о необходимости замены якобы не оправдавшего себя «экономического детерминизма» К. Маркса «генетическим детерминизмом». Таким образом, классовая структура общества и развитие истории ставятся в зависимость от биохимической структуры хромосом и от генетических закономерностей.

Этика, эстетика и другие общественно-исторические явления также возводятся на голом биологическом фундаменте. Профессор Иллинойского колледжа в США А. Бахем в статье «Биологическая основа этики и эстетики» утверждает, что наиболее полноценным является биологический принцип этики и эстетики. Этот принцип исходит из следующего: «...истинная физиологическая активность инстинктивного уровня исходит из состояния здоровья, связана с переживаниями удовольствия. Ненормальная активность инстинктивного характера является нездоровой и связана с переживанием неприятного»[1].

Исходя из подобного представления, Бахем определяет счастье как физиологическое удовольствие. Если встать на такую позицию, то всякое удовлетворение низменных инстинктов, независимо от их соответствия интересам окружающих людей, общества, следует считать проявлением индивидуального счастья человека.

Правда, предвидя возможность подобного истолкования данного положения, Бахем заявляет, что фундаментальным законом этики, развитым на психофизиологическом принципе, должен быть следующий: «Делай себя таким счастливым и здоровым, насколько это совместимо и полезно для максимального здоровья и счастья других»[2].

Несмотря на подобные оговорки, биологическая концепция этики по своему объективному содержанию и внутренней логике является теоретической основой индивидуализма и эгоизма как неотъемлемых свойств жизни буржуазного общества.

Отвергая односторонне биологический подход к таким социальным явлениям, как этика и эстетика, нельзя в то же время не видеть определенной связи этих явлений с биологической стороной жизнедеятельности человека. В этой связи следует обратить внимание на слова Бахема о том, что красиво все то, что здорово и порождается здоровым телом и душой. Разнообразие, вносимое в моду и искусство, вполне

---

[1] A. Bachem. Ethics and esthetics on a biological basis. Philos. Sci., 1958, № 3, p. 169.
[2] Там же, p. 174.

обоснованы тем, что нарушают скуку и однообразие. В этом смысле они в одно и то же время и физиологичны, и эстетичны. Другими словами, этические и эстетические нормы не должны приносить вреда здоровью человека.

С проповедью ведущей роли инстинктов в жизни человека и общества выступил в своей объемистой книге «Инстинкты у человека в свете новейших работ по сравнительной психологии» Рональд Флетчер [1], профессор социологии Лондонского колледжа. Возводя инстинкт в важнейший компонент психики, по существу абсолютизируя его, Флетчер рассматривает общество в полном отрыве от его классовой структуры, называя его «организацией, призванной подавлять инстинкты». К таким инстинктам он относит также сознание, названное им syper-ego. В его представлении социальная система той или иной расы обусловливается биопсихологией данной расы. Такая постановка вопроса приводит Флетчера к биологизации социального аспекта жизни.

Невропатолог Вольфганг Кречмер [2] в статье «Биологические предпосылки человеческой психологии» делает попытку отождествить механизм поведения человека и животного. Он утверждает, что павловская школа и бихевиористы изучают лишь низшие ступени поведенческих актов. Кречмер рассматривает поведение человека как производное автоматических реакций, происходящих в организме и общих с подобными же реакциями животных. «По своей природе, — пишет Кречмер, — что проявляется лишь в теории, человек не является социальным существом»[3].

Соотношение сознания, психики с общественными условиями автор пытается объяснить при помощи понятия об «архетипе», т. е. комплексе свойств, закрепленных в ряде поколений, передающихся по наследству и с фатальной необходимостью предопределяющих здоровье и болезнь человека, основную направленность психического развития человека в конкретных условиях социальной среды и т. д.

Психика человека не определяется фатально действующими биологическими механизмами, как считает Кречмер, а развивается и реализуется под влиянием широкого комплекса социальных факторов.

Характерной особенностью многих зарубежных медиков, пытающихся проанализировать те или иные социальные проблемы медицины и здравоохранения, является абстрактное понимание общества. Они говорят об обществе, цивилизации

---

[1] R. Feltherr. Instinct in man in the light of recent work in comparative psychology. Intern., 1957.

[2] W. Kretchmer. Die biologische Grundlage der mänsclichen psychologie, 1957.

[3] Там же, s. 293.

вообще, безотносительно к тем конкретным социально-экономическим и классово-политическим факторам, которые определяют и специфицируют характер данной общественно-экономической формации. Весьма показательна в этом отношении работа немецкого профессора гигиены и бактериологии Колласа Вернера «Болезни, обусловленные цивилизацией, и причины смерти»[1]. В книге, содержащей свыше 300 страниц, доказывается, что цивилизация несет с собой специфические заболевания. Рост последних рассматривается как неизбежное, фатальное явление. Все болезни он делит на естественные (встречающиеся и 50—100 лет назад) и искусственные, т. е. заболевания, «порожденые цивилизацией». К первой группе в основном относятся инфекции, и борьба с ними представляется Вернеру проблемой, в основном решенной при помощи фармакологии и достижений иммунологии. Вторые же постоянно растут под влиянием самых различных причин. К ним относится и замена естественных пищевых продуктов искусственными, и вынужденная жизнь в неподходящих климатических условиях, и загрязненность воздуха, почвы промышленными отходами, изотопами, и городской шум.

Придавая большое значение производственному травматизму, который в условиях капитализма растет вместе с развитием промышленности, основной причиной его роста Вернер считает нарушение физиологических соотношений между «промышленными скоростями» и «скоростями физиологических процессов», когда первые несоизмеримо превышают вторые.

Указав на подобную «социальную» этиологию травматизма, Вернер предлагает и соответствующую терапию: в поисках гармонии человеческой жизни и цивилизации необходимо, чтобы последняя приспосабливалась к физиологическим особенностям организма, не затрагивая социальные устои антагонистического общества.

Таким образом, абстрактный, «надклассовый» подход к общественным явлениям ведет к фаталистическому выводу о неизбежном росте заболеваний, якобы порождаемых современной цивилизацией, о росте травматизма, порождаемого «высокими» скоростями станков и механизмов и т. д.

Такой абстрактный подход по своему объективному содержанию равнозначен реабилитации социального строя капитализма, который в погоне за максимальной прибылью лишает трудящихся элементарных санитарно-гигиенических, бытовых и материальных условий, необходимых для поддержания и сохранения их здоровья.

---

[1] K. Werner. Ziwilisationsbedingte Krankheiten und Todesursachen. Ulm. Donau., 1958.

Абстрактно-социологический подход по своему объективному содержанию является одной из форм недооценки подлинной роли социальных факторов в жизни людей, в сохранении их здоровья или, напротив, в возникновении заболеваемости в зависимости от характера социального строя.

В зарубежной медицине все более усиливается тенденция односторонне биологического подхода к таким болезням, как алкоголизм, нервно-психические заболевания и т. д. В частности, подобный взгляд на алкоголизм нашел отражение в книге известного американского биохимика Р. Уильямса «Биохимическая индивидуальность» (1960). «...Решающую роль в вопросе о том, будет ли человек подвержен данной болезни (алкоголизму. — *Г. Ц.*), играет специфический индивидуальный обмен»[1]. Подходя к проблеме алкоголизма с позиций биохимической индивидуальности, не видя социального аспекта этой проблемы, Уильямс намеревается искоренить алкоголизм по существу паллиативными мерами: «...обогащение диеты может предотвратить потребление спирта путем удовлетворения индивидуальных повышенных потребностей в пище»[2].

Под влиянием концепции Селье в американской литературе алкоголизм все чаще стали рассматривать как сугубо соматическое заболевание, полностью укладывающееся в рамки общего синдрома адаптации. Например, по мнению Смита, причины алкоголизма заключены в недостаточности гипофиза, лишенного возможности регулировать функции коры надпочечников. Искоренить алкоголизм Смит считает возможным путем применения экстракта коры надпочечников и АКТГ. Видя лишь медикаментозный, эндокринологический аспект проблемы алкоголизма, Смит, как и многие другие зарубежные ученые, не видит важнейшего, решающего аспекта этой проблемы — социального, классового.

Причины широкого распространения алкоголизма в капиталистических странах заключены в экономическом базисе, классовой структуре и социально-классовых взаимоотношениях. В силу этого борьба с алкоголизмом не должна ограничиваться медикаментозными процедурами и психотерапевтическими мероприятиями, способными лишь выработать и поддерживать отрицательный рефлекс к алкоголю, т. е. она не должна замыкаться в узкие рамки односторонне биологического воздействия.

Конечно, признавая решающую роль социальных факторов в возникновении алкоголизма, в практической борьбе с этой болезнью нельзя принижать или недооценивать и роли био-

---

[1] Р. Уильямс. Биохимическая индивидуальность. Изд. иностранной литературы. М., 1960, стр. 256.
[2] Там же, стр. 257.

логических факторов, в том числе и различных неспецифических предрасполагающих к алкоголизму моментов.

Проституция, преступность, как и многие другие неизбежные спутники антагонистического буржуазного строя, также часто объясняются, не выходя за рамки чистой биологии. Проституцию как социально-классовую аномалию развития некоторые зарубежные медики вслед за Ломброзо и Тарновским пытаются свести к психофизиологическим, конституционально-предрасполагающим факторам. На основе такого биологизаторского подхода возникла антинаучная, фаталистическая теория о наличии «прирожденных проституток», «врожденных преступников» и т. д.

В современной зарубежной науке, особенно в юриспруденции, судебной медицине и так называемой медицинской социологии, возрождается учение итальянского психиатра и криминалиста Цезаря Ломброзо (1836—1909), автора таких архиреакционных работ, как «Врожденный преступник», «Гений и помешательство». Неоломброзианство исходит из основных положений классического ломброзианства. Оно основывается на тех же социально-классовых и гносеологических корнях. Поэтому нам представляется целесообразным дать краткий анализ социальных и гносеологических корней ломброзианства и неоломброзианства.

В противоположность взглядам так называемой классической школы уголовного права, исходящей из признания свободы воли человека и солидаризирующейся с кантовским категорическим императивом, Ломброзо пытался обосновать тезис о биологической предопределенности поведения человека, в том числе и о биологической предопределенности личности преступника.

Учение Ломброзо было сразу же подхвачено империалистической реакцией, так как корни возрастающей при капитализме преступности оно видело не в социально-экономических условиях этого строя, а в биологической, врожденной природе отдельных людей. Преступники рождаются, а не формируются условиями жизни — вот кредо ломброзианства. Важнейший тезис Ломброзо гласит: «Преступление есть своего рода отправление особой структуры человеческого организма».

Нельзя ограничиваться выводом, что цель ломброзианства — замаскировать социальные причины преступности, кроющиеся в природе капитализма. Этим выражается лишь классовая направленность ломброзианства. Важно также вскрыть гносеологические предпосылки и корни этого «учения». Гносеологические корни ломброзианства заключаются в односторонне биологическом подходе к человеку, в игнорировании его социальной природы. В своей книге «Эмбриология

преступления» он даже у животных «находит» элементы «преступлений». Например, он «обнаруживает» у антропоморфных обезьян чувство «антипатии» к другим обезьянам. На основе этого чувства якобы совершаются всевозможные «преступления», вплоть до обезьяноубийства.

Ломброзо отождествляет биологические закономерности, выливающиеся в форму борьбы за существование, с таким сугубо социальным явлением, как преступность. Ломброзо видит в акте истребления сильными животными слабых проявление животной «преступности». На самом деле подобное истребление является лишь продуктом борьбы за существование. Кроме того, такое «преступление» совершают все представители животного мира. Видовые же поступки даже при наличии всех прочих условий нельзя квалифицировать как преступление. Известно, что на определенном этапе развития первобытного человека имело место людоедство, убийство нетрудоспособных, детей и стариков. Это видовое явление не рассматривалось преступлением, а, напротив, санкционировалось существующими правилами поведения и морали.

Преступление всегда характеризуется какими-то индивидуальными особенностями, оно представляет собой своеобразное исключение из поступков и действий человеческого вида в целом. Преступление — это не биологическая, а социальная, правовая категория.

Ломброзо утверждает, что и среди животных есть такие поступки, которые следует рассматривать «преступлениями» в силу их индивидуальных особенностей. Действительно, среди некоторых животных встречаются поступки не видового, а индивидуального характера, хотя и в каждом из них проявляется сущность вида. Но, во-первых, такие поступки встречаются очень редко; во-вторых, они вызываются либо исключительностью ситуации, в которую попало животное, либо патологией мозга и т. д.

Биологизаторский подход к изучаемой проблеме привел Ломброзо к тому, что он стал утверждать о наличии у животных определенного эквивалента «наказания» (простая месть — месть отдельного животного или всей животной «общины»).

Одной из гносеологических предпосылок ломброзианства является неправильное применение ряда логических законов мышления. В частности, он слишком широко трактовал понятие дегенерации и дегенеративных признаков. В результате этого в число дегенеративных явлений и признаков он включил и те явления, которые научная морфология называет аномалиями, даже более, — индивидуальными морфологическими вариациями.

Современная морфология на основе большого фактического материала делает вывод, что отдельные отклонения от ти-

пичной, средней формы, индивидуальные вариации формы и даже аномалии не всегда обусловливают нарушение функции того или иного органа. В данном случае действует объективный диалектический закон перехода количественных изменений в коренные качественные. В частности, морфологические аномалии и индивидуальные вариации формы того или иного органа могут привести к качественному изменению функции лишь при достижении определенного количественного уровня. Например, вес мозга и форма мозга и даже так называемая атипичность извилин мозга могут колебаться в определенных рамках, не влияя на его функции. Разумеется, при достижении определенного критического количественного уровня вес мозга, например, может влиять и на характер его функций.

В этом плане совершенно несостоятельным является вывод Ломброзо о том, что уменьшение передней части черепа и сильное развитие нижней челюсти являются обязательными признаками «врожденного преступника». На основании индивидуальных колебаний длины челюсти или лицевого скелета в определенных количественных масштабах нельзя делать обобщающего вывода о дегенерации людей с несколько большей длиной челюсти или лицевого скелета.

Одной из гносеологических предпосылок ломброзианства является статический и локалистический подход к рассматриваемым явлениям. Например, Ломброзо говорил, что одним из анатомических признаков врожденного преступника является увеличенная длина лицевого скелета. После выхода в свет работы Ломброзо этот «критерий», якобы присущий преступнику, был подвергнут проверке. При этом проверка дала факты, внешне говорящие в пользу Ломброзо. Но почему именно среди черепов преступников находили подобные признаки, а именно определенную удлиненность лицевого скелета? На этот вопрос невозможно ответить при метафизическом, статическом подходе, при котором в лучшем случае изучается конечный результат изучаемого явления, но игнорируется длинная цепь предшествующих звеньев и сложная причинно-следственная связь данного явления с массой других явлений.

Согласно данным современной анатомии, развитие и длина лицевого скелета определяется рядом причин: полом, возрастом, степенью развития не только лица, но и всего тела.

Ломброзо в основном изучал черепа преступников, находящиеся в европейских музеях. Преобладающая же часть черепов, хранимых в музеях, принадлежала преступникам, приговоренным за тягчайшие преступления к смертной казни. Подобные преступления в большинстве случаев совершались мужчинами и в основном в таком возрасте, когда развитие

скелета уже заканчивается и достигает предельно возможных размеров. Судебная статистика показывает, что преступления, караемые смертной казнью, обычно совершаются в возрасте старше 25 лет. К этому времени заканчивается развитие скелета и длина лицевого скелета достигает своего максимума.

Кроме того, преступления, наказуемые смертной казнью, предполагают у преступника значительную мышечную силу. Сила же мускулов вообще и жевательных мускулов в частности увеличивает длину лицевого скелета. В музеях же хранились, безусловно, черепа наиболее «оригинальных» преступников. Вот почему измерения черепов преступников как бы говорили в пользу Ломброзо.

Следовательно, метафизический подход, не учитывающий всей сложности и противоречивости изучаемого явления, представляет одну из гносеологических предпосылок ломброзианства. Жизнь в последующем показала полную несостоятельность ломброзианства. Часто получалось так, что так называемые типичные анатомические и физиологические признаки, якобы присущие преступнику, у последнего отсутствовали, но зато встречались у авторов и сторонников подобных теорий, у блюстителей буржуазного правосудия.

В современной Америке ломброзианство нашло себе вторую родину. На основании ломброзианских теорий американская реакция пытается выдать своих идейных и политических противников за уголовных преступников. На неоломброзианских позициях стоят в настоящее время Пенде, Роден, К. Бирнбаум, А. Ленц, Росси и др. Абстрактный тезис о биологически «врожденном преступнике» неоломброзианство пытается обосновать некоторыми данными современной медицины и биологии. В частности, Пенде «конституцию преступности» ставит в зависимость от функционального состояния эндокринных желез. «Эндокринное изучение преступников, главным образом молодых и тех, которые еще находятся на грани преступности, т. е. изучение так называемых аморальных конституций, завершаемое морфологическим и психологическим анализом, поможет в будущем в большей мере выяснить участие эндокринных желез в возникновении преступных тенденций и в детерминации различных преступностей» [1].

Еще большей биологизации в зарубежной медицине подвергается такое явление, как болезнь человека. Не только заболеваемость, но и смертность людей часто рассматривается как типично биологический процесс, обусловливаемый лишь наследственностью, конституциональной предрасполо-

---

[1] Цит. по Н. Л. Карлику. К критике так называемого учения о конституции человека. Терапевтический архив, 1950, т. XXII, № 3, стр. 11.

женностью к болезни и т. п. Например, в американской медицинской литературе распространен взгляд, согласно которому гипертоническая болезнь ставится в одностороннюю зависимость от генетического фактора. Исходя из такого взляда на болезнь, делают вывод, что деятельность врача должна быть направлена лишь на медикаментозное, хирургическое и тому подобное воздействие на заболевший организм, а не на преимущественное оздоровление условий труда, быта, отдыха людей и т. д.

Односторонне биологический взгляд на болезнь питает различные антипрофилактические направления, широко распространенные в зарубежной медицине и здравоохранении. При таком подходе профилактика сводится либо к совокупности санитарно-технических мероприятий и процедур и отрицанию роли широких социально-гигиенических, социально-экономических мероприятий, либо низводится до уровня индивидуальной чистоплотности, либо объявляется историческим анахронизмом, пройденной ступенью развития медицины, пригодной лишь при отсутствии радикальных, эффективных медикаментозных средств лечения и т. д.

Недооценивая роль социально-экономических и политических факторов, а часто умышленно или неумышленно игнорируя их, представители зарубежной медицины часто придают чисто медицинским достижениям и открытиям чрезмерное значение, считая, что они могут совершить настоящий переворот в различных сферах жизни общества. Так, С. А. Ваксман[1] в работе «Социальное значение антибиотиков», гиперболизируя факт широкого использования антибиотиков, делает вывод, что в результате этого вся экономика страны может быть «перевернута», т. е. подвержена коренным изменениям. Оздоровление населения, вызванное использованием антибиотиков, приведет, по его мнению, в ближайшее время к резкому удлинению срока жизни (до 100 лет). Это якобы создает проблему трудоустройства огромной массы населения, так как, избавившись от многих болезней, люди вновь будут трудоспособными, что в свою очередь вызовет потребность в создании особых поселений для престарелых, но трудоспособных лиц. Умозрительно развивая свою концепцию, Ваксман говорит, что снижение детской смертности приведет к резкому росту народонаселения. Последнее потребует небывалого расширения промышленной и сельскохозяйственной базы и т. д.

Организационные формы здравоохранения также ставятся в зависимость от широкого применения антибиотиков и его последствий. В результате применения антибиотиков, по мне-

---

[1] S. Waksman. Die sozialen Auswirkungen der Antibiotica. Naturwissentschaftliche Rundschau, 1957, № 9, S. 323—329.

нию Ваксмана, резко сократится количество больниц и санаториев, но увеличится потребность в амбулаторном лечении.

Даже проблема морали рассматривается как производное от указанного фактора. Если инфекционные заболевания «сойдут с арены», то исчезнет страх и перед венерическими заболеваниями. Это якобы приведет к беспечности в вопросах половой жизни и т. д.

Метафизичность, полная абстрактность данной концепции очевидны. Искусственно выхватив один фактор — достижения медицины в области применения антибиотиков — из широкого комплекса социально-экономических явлений, в своем взаимодействии определяющих здоровье и заболеваемость людей, Ваксман превращает его в некую панацею, способную привести к «расцвету рода человеческого», а иногда и к нежелаемым последствиям.

Подобные теории (даже при отсутствии реакционных выводов, делаемых самими авторами) объективно служат реакции, так как сеют иллюзии о возможности развития общества по пути социального прогресса вне революционных форм борьбы пролетариата против империалистической буржуазии.

Некоторые медики в современных буржуазных странах используют те или иные медико-биологические проблемы для сугубо политических целей: для оправдания расизма, фашизма, милитаризма и т. д. В частности, японский врач Ниоити Сакуразава[1] в изданной в 1960 г. в Париже книге «Философия медицины» подводит биологическое обоснование под агрессивную направленность японского милитаризма. Его концепция также построена на абсолютизации биологического фактора. Автор придает решающее значение в формировании физических и психических особенностей человека характеру питания. В качестве примера, подтверждающего этот вывод, Сакуразава приводит деятельность врача Исидуки, который якобы вылечил тысячи людей, обнаружив у них тот или иной сдвиг калиево-натриевого коэффициента и подбирая им соответствующую диету. По мнению Сакуразава, активность живых существ, будь это животное или человек, полностью зависит от пищи. Питание с большим содержанием воды якобы делает человека вялым, ленивым и недеятельным. Население, питающееся в основном овощами, утверждает Сакуразава, склонно к философии, спокойному миросозерцанию, литературе, поэзии. Напротив, люди, обильно употребляющие в пищу мясные и рыбные продукты, склонны к «техническому прогрессу и колонизаторским тенденциям».

---

[1] N. Sakurazawa. La philosophie de la medicine. d'Extreme. Orient. Paris, 1960.

Перекинув мостик между биологией и политикой, Сакуразава делает далеко идущие выводы о прошлом и настоящем японского народа и политике японского государства. В период, предшествующий распространению европейского влияния и культуры, японский народ, говорит Сакуразава, в основном питался овощами. В результате этого он якобы был миролюбивым и в то же время обладал большой устойчивостью по отношению к внешним врагам. Европейское и американское влияние резко изменило нравы и обычаи японцев. Народ стал злоупотреблять мясной пищей, в результате этого характер нации стал неустойчивым, неспособным к длительной и упорной борьбе. Это и послужило «причиной поражения Японии во второй мировой войне». Кроме того, нарушив былую устойчивость и спокойствие характера, мясная пища якобы послужила основой формирования агрессивных и националистических тенденций японского народа и т. д.

Одной из сфер проявления ожесточенной борьбы материализма и идеализма, диалектики и метафизики, сил прогресса и реакции в современной зарубежной медицине является проблема соотношения социального и биологического, их роли и места в нормальном и патологическом развитии человека.

По мере обострения противоречий империализма в буржуазной медицине все более рельефно проявляется тенденция отхода от социально-гигиенических аспектов изучения здоровья и заболеваемости людей, поскольку такие исследования неизбежно должны привести к выводу, что капиталистические производственные отношения являются главной причиной высокой заболеваемости и преждевременной смертности трудящихся. Даже за публикацию правдивой книги «Социальная медицина в Советском Союзе» (1937) известный прогрессивный историк Зигерист был вынужден отказаться от заведования кафедрой, которую он возглавлял в течение многих лет.

Характерной особенностью большинства современных буржуазных реакционных теорий и течений в области медицины является абсолютизация ими роли биологического фактора в течении нормальных и патологических процессов. В своем большинстве буржуазные ученые исходят из антинаучного положения об односторонней зависимости здоровья людей от биологических и психологических факторов. Ряд ученых стоит на эклектических позициях. Наряду с биологическими факторами они признают отдельные социальные факторы. Но из этого «биосоциологического взаимодействия» исключается основное звено — производственные отношения, т. е. экономический базис общества.

Некоторые буржуазные теоретики медицины ряд болезней рассматривают как следствие влияния «суммы биологических и социальных факторов». При этом удельный вес биологических и социальных компонентов, образующих данную сумму, даже по их мнению, неодинаков для различных заболеваний. Но формальное признание роли социальных факторов в возникновении заболеваемости не равнозначно выяснению их объективной роли в развитии патологии. Напротив, ссылки на социальные факторы часто делаются с апологетическими целями. В частности, немецкий социал-гигиенист Ашер в своей статье «О влиянии безработицы на заболеваемость» (1931) утверждает, что безработные реже заболевают ангиной, гриппом, туберкулезом и другими болезнями по сравнению с работающими, так как первые лишены необходимости расходовать свою энергию на работу, избегают простуды во время работы и т. п. Это якобы вполне компенсирует вредное влияние резкого падения доходов, плохих жилищно-бытовых условий и т. д. В данном случае по существу делается попытка «доказать» благоприятное влияние на здоровье трудящихся все ухудшающихся социально-экономических условий, в которых живут трудящиеся капиталистических стран.

Другое направление буржуазной медицины полностью изолирует различные природные факторы (почвенные, климатические и т. д.) от влияния социально-экономических условий, не учитывая, что «капитализм превращает естественную среду в социальную, делая эту среду источником социальной патологии» [1].

Узкий биологизм является логическим завершением метафизического воззрения на человека как на существо индивидуальное, изолированное и противопоставленное обществу, коллективу. При таком односторонне биологическом взгляде на человека его болезни рассматриваются как нечто индивидуальное, неповторимое, лишенное общей, закономерной основы. На этой почве в современной зарубежной медицине широкое распространение получают всевозможные антинозологические течения и направления.

Более того, узкобиологические взгляды на человека и на болезнь, распространенные в медицине буржуазного общества, порождают статические методы изучения и лечения больного (только во время его болезни). Взгляд же на человека как на продукт социальных условий, как на существо, органически связанное с этими условиями, лежит в основе динамического подхода к изучению и лечению боль-

[1] С. Шмерлинг, Р. Яксон. Вопросы социальной гигиены в трудах Маркса, Энгельса, Ленина, решениях ВКП(б) и Коминтерна. М.—Л., 1933, стр. 40.

ного, учитывающего состояние человека до и после болезни. На этой основе построен принцип диспансеризации в советском здравоохранении.

Широко распространенное в зарубежной биологии и медицине экологическое или так называемое эколого-антропологическое направление извращает проблему взаимоотношения социального и биологического в медицине (Бьювс, Бэнксу, Реншт, Бернет, Макси и др.).

Важнейший методологический недостаток указанного направления заключается в низведении социального до уровня биологического, в отождествлении их, в механическом растворении социального в рамках биологического.

Не случайно, например, Рейтер (1954) смертность ставит в одностороннюю и абсолютную зависимость от ряда природных факторов: метеорологических изменений, хромосферических явлений на солнце и т. д.

Объективно эколого-антропологическое направление в медицине вполне укладывается в прокрустово ложе буржуазного мировоззрения, так как ответственность за рост заболеваемости, смертности и инвалидности масс оно возлагает не на социальный строй современного империализма, а на «патогенные природные, экологические» условия жизни.

Представители этого направления в области эпидемиологии (Макси, Бернет и др.) считают, что инфекционное заболевание — это чисто биологическое явление, рассматриваемое как результат стихийно поддерживаемого равновесия между микро- и макроорганизмом. Сущность эпидемии якобы исчерпывается биологическими законами межвидовой борьбы.

Переоценка, абсолютизация различных биологических факторов некоторыми зарубежными биологами и медиками нередко перерастает в мальтузианство и расизм. В свою очередь закономерности возникновения и течения заболеваний часто облекаются в наряд фатализма. Подобные воззрения лежат в основе так называемого терапевтического нигилизма. Возьмем для примера статью зарубежного ученого Грига «Тайна туберкулеза». «Максимальная туберкулизация, — пишет он, — является наиболее важным, необходимым условием для окончательной победы (над туберкулезом. — *Г. Ц.*), потому что потомки по нисходящей линии ценой огромного числа смертей, заплаченных предками, выйдут победителями»[1]. По мнению Грига, некоторое падение заболеваемости туберкулезом, наблюдающееся в ряде стран, обусловлено действием определенных биологических (в основном селекционных) закономерностей.

---

[1] E. Grigg. The arcanum of tuberculosis. American review of tuberculosis, 1958, 78, 2, p. 151—172.

Опровержением неомальтузианских положений Грига являются успехи, достигнутые в борьбе с туберкулезом в нашей стране. В социалистических условиях не требуется того, чтобы для обеспечения здоровой жизни последующих поколений современники расплачивались огромным числом жертв от туберкулеза. Наша действительность опровергла основной тезис «теории» Грига о фатальной предопределенности заболевания туберкулезом детей, родившихся от родителей, больных туберкулезом.

В результате резкого изменения благосостояния трудящихся нашей страны, санитарного благоустройства условий жизни, роста санитарно-гигиенической культуры, массового проведения прививок и т. д. за последнее время «...изменилось также клиническое течение туберкулеза. Резко уменьшилось число больных наиболее опасными и быстро прогрессирующими формами — милиарным туберкулезом, творожистой пневмонией, туберкулезным менингитом...» [1].

Односторонне биологические, натуралистические теории в области медицины несовместимы с профилактической направленностью последней. В самом деле, если заболеваемость обусловлена биологическими особенностями человека, его наследственностью, конституцией, предрасположенностью к болезням и совершенно независима от социально-экономических условий общества, то применение широких профилактических мероприятий становится практически ненужным. Так, неосоциал-дарвинизм и неоспенсерианство, механически переносящие биологические понятия и законы на сферу общественных явлений, обнажают свою классовую, апологетическую сущность. «...Перенесение биологических понятий вообще в область общественных наук, — говорил В. И. Ленин, — есть фраза» [2].

Жизнь общества — это высшая форма движения материи. Общество подчиняется своим, специфическим законам, не сводимым к биологическим или природным законам. Всякая попытка объяснить жизнь общества с помощью биологических законов является несостоятельной, противоречащей науке. «...Никакого исследования общественных явлений, никакого уяснения метода общественных наук, — говорил В. И. Ленин, — нельзя дать при помощи этих понятий. Нет ничего легче, как наклеить „энергетический" или „биолого-социологический" ярлык на явления вроде кризисов, революций, борьбы классов и т. п., но нет и ничего бесплоднее, схоластичнее, мертвее, чем это занятие» [3].

---

[1] С. Н. Муромцев. Проблема эволюции современных инфекционных болезней. ЖМЭИ, 1960, № 4, стр. 5.

[2] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 14, стр. 315.

[3] В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 14, стр. 314.

§ 8. Социальная экология — современная разновидность социал-дарвинизма

Начиная с 20-х годов XX века идеологический арсенал буржуазии пополнился «новой» теорией, получившей название социальной, или человеческой, экологии. На основе человеческой (социальной) экологии как общей буржуазно-социологической концепции, основные принципы которой пытались обосновать Парк, Бюргерс, Кензи и др., возникла одна из ее «прикладных» разновидностей под названием медицинской экологии.

В основу социальной экологии положен принцип биогеографического детерминизма. Исходя из этого спенсерианского, социал-дарвинистского принципа, сторонники социальной экологии считают, что вся общественная жизнь обусловлена сугубо биологическими закономерностями. Социальные же институты и культура рассматриваются как некая надстройка над биологическим «фундаментом» или «уровнем». Биологический уровень якобы включает в себя основные, заранее непредусмотренные способы приспособления людей к среде, приобретенные в результате борьбы за существование. Подобный уровень рассматривается как субсоциальный, основывающийся на стихийно складывающихся симбиотических связях. «Конкурирующее сотрудничество» как следствие борьбы за существование якобы предопределяет и «географию общества», т. е. распространение людей по определенным районам земного шара. Различные формы культуры, возникающие на основе коммуникаций и межлюдской согласованности, также рассматриваются как надстройка над биотическим уровнем[1].

Таким образом, конкуренция порождает не только борьбу за существование. Действуя в человеческом обществе, преломляясь через межлюдские взаимосвязи, взаимопомощь и распределение труда, конкуренция якобы порождает и другую особенность социальной жизни, т. е. «заранее не предполагавшееся сотрудничество, конкурирующее сотрудничество»[2]. При помощи «конкурирующего сотрудничества» подводится основа под вымышленные буржуазными идеологами «теории» «исчезновения» антагонистических классов, «осереднячивания» общества, государства «народного благоденствия» и т. д.

Под углом зрения конкуренции как важнейшего принципа социальной экологии рассматривается процесс возникновения и развития общества, его экономики, политики и культуры. «По мере увеличения корреляции и уменьшения конкуренции,

---

[1] Studies in Human Ecology. Illinois, 1961.
[2] Там же, p. 3.

являющихся результатом взаимной адаптации конкурирующих видов, возникла замкнутая система, в пределах которой отдельные группы населения вовлечены в процесс конкурирующего сотрудничества, придающий их взаимосвязям характер „естественной экономики"; подобную естественную среду и ее обитателей, будь то растения, животные или люди, экологи называют „общиной"»[1].

Войны с позиции биогеографического принципа детерминизма экологов рассматриваются как специфически биологический (но «возвышенный»?!) вид борьбы за существование — за власть, престиж и пространство.

Всякая симбиотная связь возводится экологами до уровня той или иной формы социальной жизни. Разделение труда также рассматривается как пассивное следствие симбиотных взаимодействий среди конкурирующих организмов или групп организмов.

Рассматривая общество своеобразной пирамидой, имеющей своим основанием биологию (борьбу за существование, конкуренцию и т. п.), а вершиной — моральные и культурные установки, социальные экологи по существу проповедуют фрейдистские взгляды на общество. В духе фрейдистской социологии Р. Паркер утверждает, что на биотическом уровне в обществе господствуют анархия и инстинкты. На культурном же уровне подобное анархо-инстинктивное начало ограничивается, лимитируется всевозможными этическими, культурными и тому подобными ограничениями и соглашениями. Сугубо биологическое начало как бы сублимируется, преобразуется и овеществляется в различных моральных и культурных ценностях. «Общество с экологической точки зрения ...является областью, внутри которой биотическая конкуренция снизилась, а борьба за существование приобрела высшие и наиболее сублимированные формы»[2].

Механически перенося основные положения биологической экологии на общественную жизнь, М. Кензи рассматривает общество как некую сумму пространственых и временных связей человеческих существ, возникающих под влиянием отборочных, распределительных и аккомодационных сил окружающей среды.

Подходя к различным социальным явлениям с сугубо биологическими принципами, критериями и мерками, Паркер, например, недвусмысленно заявляет, что человеческая экология в принципе идентична экологии растений и животных.

С сугубо биологических позиций экологи подходят и к проблеме здоровья и болезни человека. Например, болезнь

---

[1] R. E. Park. Human Ecology, 1936, p. 23.

[2] R. E. Park. Human Communities. The city and human ecology glencoe, 1952, p. 150.

человека рассматривается как нарушение или понижение ниже критического уровня биологической адаптации. Болезнь — это нарушение адаптивных реакций в системе элементов биологической экосистемы. А так как технический прогресс постоянно сопровождается изменением биотической и абиотической среды человека, то это якобы неизбежно должно вести к нарушению равновесия в биологической экосистеме (т. е. в человеческом организме). Логическим выводом при подобном понимании этиологии заболеваний и их сущности является утверждение о фатальной неизбежности возрастания уровня заболеваемости людей по мере развития общества, цивилизации.

Низведение экологами социального до уровня биологического, выхолащивание социально-классового начала из общественного развития является обоснованием широко распространенного в медицине капиталистических стран антинаучного тезиса о «болезнях цивилизации».

Подлинно научная социальная гигиена не отрицает тех нежелательных, негативных последствий, которые связаны с развитием техники, ростом городов, урбанизацией и т. д. Но она не рассматривает эти последствия как неизбежный, фатальный спутник цивилизации. Это лишь последствия капиталистической «цивилизации», буржуазного общественного строя.

Различие в последствиях воздействия природно-биологических факторов на здоровье и заболеваемость людей в различных общественно-экономических формациях можно понять лишь тогда, когда учитывается их опосредованное (через общественное бытие) влияние.

Не только советские, но и некоторые зарубежные ученые подвергают критике основные принципы социальной экологии и ее ответвления — медицинской экологии. В частности, Джеттис обвиняет «классических», ортодоксальных экологов в приверженности односторонним установкам биологического детерминизма, в проповеди своеобразного дуализма, дихотомии биологических и культурных уровней, подчеркивая важную роль социально-культурных факторов. Критикуя философские устои социальной экологии, Холлингехед, например, говорит о социальной природе человека, о недопустимости его биологизации. Эмос Хоулей в своей книге «Экология и человеческая экология» [1] говорит, что в лучшем случае человеческая экология рассматривает взаимоотношение человека с физической, абиотической средой. Делается глубоко правильный вывод, что борьба за существование в человеческом обществе (например, при капитализме) не является биологическим

---

[1] A. H. Hawley. Ecology and Human ecology, 1944.

явлением. Отвергая попытки экологов опереться на некоторые положения Ч. Дарвина, Хоулей пишет, что Дарвин нередко понимал борьбу за существование в широком и метафорическом смысле, подразумевая под ней все затраты энергии на сохранение и удлинение жизни, в том числе и на взаимопомощь.

Все сказанное выше позволяет заключить, что низведение экологами жизнедеятельности и поведения человека до уровня животных, растворение качественных различий между человеком и животным в количественных — важнейшая гносеологическая предпосылка возникновения так называемой экологии человека.

Экология как ветвь и направление естествознания способна раскрыть лишь специфику биологических явлений и закономерностей. Ее сильная сторона заключена в том, что она не позволяет сводить биологические законы к физико-химическим явлениям, в то же время не отрицая необходимости их познания.

Поскольку экология вскрывает и познает лишь биологические законы, постольку она в безоговорочном виде не пригодна для изучения человека вообще и для изучения жизнедеятельности организма человека (в норме и патологии) как объекта медицины.

Еще Н. А. Северцов, как один из основоположников и крупнейших представителей экологии, рассматривал последнюю как науку о взаимосвязи растительных и животных организмов со средой. В свою очередь он показал принципиальное различие во взимоотношениях растительных и животных организмов со средой, с одной стороны, и человека — с другой. Этим самым Н. А. Северцов ограничил применимость экологии рамками растительного и животного мира и показал недопустимость ее глобализации и распространения на человеческое общество.

Экология изучает взаимодействие растительных и животных организмов с абиотическими, биотическими и антропическими условиями и факторами. Медицина же изучает по существу лишь преломленные, преобразованные общественным бытием воздействия этих факторов на человеческий организм.

Поскольку жизнедеятельность человека имеет некоторые относительно общие черты с жизнедеятельностью животных, особенно высших, постольку отдельные методические приемы, используемые экологией как биологической дисциплиной, вероятно, могут быть использованы и при изучении жизнедеятельности человека в нормальном и патологическом состоянии. Видимо, в этом смысле и следует понимать высказывания И. В. Давыдовского и Д. А. Бирюкова о целесообразности

использования некоторых положений экологии в медицинских исследованиях. Последние могут быть использованы при исследовании живых лабораторных объектов и т. д.

§ 9. Критика философских основ неомальтузианства, расизма и евгеники

Среди реакционных течений, имеющих непосредственное отношение к идеологической борьбе в области медико-биологических наук, особое место занимают неомальтузианство, расизм и евгеника. Проблема народнонаселения, помимо своего социального аспекта, имеет и медико-биологический аспект. При изучении того и другого аспекта проблемы народонаселения возникает ряд важных философских и идеологических вопросов как позитивного, так и негативного, критического характера.

Неомальтузианские идеи проповедуются как в специальных монографиях и сборниках, издаваемых за рубежом, так и со страниц крупных общественных, медицинских и таких естественнонаучных журналов, как Nature (Лондон) и Atomes (Париж) и др.

Мальтузианство и евгеника также принадлежат к натуралистическим, биологизаторским теориям. В противоположность научно-материалистическому взгляду, согласно которому все демографические процессы в конечном счете детерминированы социально-экономическими закономерностями, мальтузианство исходит из диаметрально противоположного тезиса, утверждающего о зависимости социально-экономических процессов от биологизаторски понимаемых ими демографических процессов. Проповедуется биологическая предопределенность процесса исторического развития.

Современное мальтузианство предприняло поход против передовой медицины и особенно против ее профилактической направленности. Вина медицины, по мнению неомальтузианцев, заключается в том, что, снижая смертность, она тем самым поддерживает и увеличивает постоянно существующее, «естественное» несоответствие между ростом населения и средствами существования. Если классическое мальтузианство причину перенаселения видело в высокой рождаемости, то неомальтузианцы причиной якобы существующего перенаселения считают «излишне низкую смертность». Виновницей же этого является медицина.

Некоторые неомальтузианцы, например Г. Ф. Макклири [1], причиной возрастающего несоответствия между ростом населе-

[1] Г. Ф. Макклири. Теория народонаселения Мальтуса, 1953.

ния и средств существования считают «слишком низкие цены на продукты» и т. п. Врач Кунне[1] утверждает, что причиной нынешнего перенаселения в развитых странах являются медики, слишком активно борющиеся с инфекционными и эпидемическими болезнями. Кроме того, подобной деятельностью врачи якобы препятствуют уничтожению слабых, неполноценных слоев населения.

Английский мальтузианец и социал-дарвинист Д. Б. Хейкрафт говорил, что «всякое улучшение общественных санитарных условий означает... в первую очередь выгоду для слабых»[2].

Широкое распространение среди современных неомальтузианцев получила «теория» оптимума населения. Согласно этой теории, жизненный уровень нужно поднимать путем соответствующего снижения численности населения. Для обеспечения определенного уровня благосостояния они предлагают установить «оптимальную» численность населения для каждой страны. Например, американский неомальтузианец В. Фогт[3] «доказывает», что наша планета в состоянии прокормить лишь 900 млн. из 3 млрд. человек. Единственный путь к спасению, по мнению Фогта, — уменьшение населения всеми возможными средствами. «Оптимумом» населения для США является 100 млн. человек. Нищету в Индии и других странах он ставит в вину самому населению, «которое, — как он говорит, — размножается с безответственностью трески».

Фогт обвиняет медиков в том, что в большей части Латинской Америки «ликвидирована желтая лихорадка, во многих районах заболеваемость малярией снижена, оспа исчезает, питьевая вода во многих городах очищается так, что количество желудочных заболеваний, которые ранее самым эффективным образом ограничивали рост населения, резко упало... Совершенно не думая о том, чем кормить миллионы латиноамериканцев, деятели здравоохранения с самыми благими намерениями способствовали снижению смертности населения»[4]. Танганьика, по словам Фогта, «не лишена будущего», так как она «обладает двумя преимуществами — немногочисленным населением и сонной болезнью».

Современные расистско-евгенические теории стремятся оправдать необходимость ведения бактериологической войны, так как всякая массовая инфекция и эпидемия являются факторами «естественного отбора» наиболее сильной расы людей.

---

[1] Kunne. Klinische Wochenschrift, 1933.

[2] D. B. Haycraft. Natürliche Auslese und Rassenverbeserung, 1895, S. 73.

[3] W. Vogt. Road to Survival. New York, 1948.

[4] Там же, p. 164.

Развитие медицины, с точки зрения неомальтузианства, ведет и к увеличению, и к вырождению населения. Медицина, говорят мальтузианцы, является в меньшей степени искусством делать больных здоровыми, чем искусством продлить больным людям их больную жизнь. Этим предоставляется возможность к размножению и увеличению имеющегося несоответствия между населением и средствами существования.

Хилость и болезненность у диких животных, как известно, почти не встречаются в силу происходящей борьбы за существование. Эту закономерность неомальтузианцы и евгенисты предлагают перенести и в человеческое общество. Мальтузианские идеи поддерживаются и рядом врачей буржуазного мира, которые боятся «опасности перенаселения». Но в то же время они выступают против так называемого нравственного обуздания, т. е. полового воздержания. Выходом из этого положения они считают максимально широкое применение предупредительных средств.

Своеобразной разновидностью неомальтузианства в современной зарубежной медицине капиталистических стран является евгеника (основатель — английский ученый Гальтон). Она возникла как средство против вырождения дворянского сословия, на смену которому шла буржуазия. В настоящее время она преследует цель сохранения деградирующей буржуазии. Еще Гальтон говорил, что «...человечество достигло бы необычайного расцвета, если бы в течение ряда поколений наиболее достойные женщины выходили бы замуж за таких же мужчин». Но критерием «достоинства» он в конечном счете считает материальное и социальное положение.

Евгеники считают, что прогресс человеческого вида происходил лишь до тех пор, пока процесс биологической эволюции зависел от борьбы за существование. Так как сейчас естественный отбор прекратился, то, говорят они, нужно внедрить искусственый подбор — регламентацию браков и т. д. Они говорят, что нужно объявить преступлением продолжение рода для физически слабых людей. Евгеника строится на полном отрицании возможности наследования экзогенной изменчивости.

Задачу улучшения человеческой «породы» евгеника рекомендует решать лишь биологическими средствами, прежде всего путем искусственного подбора производителей. Евгеника отвергает всякое преобразование социально-экономических и санитарно-гигиенических условий жизни людей, так как это якобы способствует закреплению и выживанию биологически неполноценных. Более того, современные евгенисты и расисты, стремясь скомпрометировать марксистско-ленинское учение, все сильнее овладевающее умами трудящихся масс в капиталистических странах, сконструировали реакционную версию

о том, что источником марксистских, коммунистических идей якобы является наследственная биологическая неполноценность людей. Поэтому отсутствие необходимых социально-экономических и санитарно-гигиенических условий жизни трудящихся не только способствует вымиранию «биологически неполноценных» людей, но и якобы предотвращает распространение коммунистических идей. «...Проводником большевистских идей в странах западной культуры, — пишет В. Енч, — является физическая и духовная дегенерация. Эта статистически доказанная... закономерность находит в наших научных исследованиях новое подтверждение. Мы установили, что с понижением телесной и умственной полноценности падает тенденция коллектива бороться за высшие духовные блага. Отсюда социал-гигиеническая задача — отказаться от стремлений предшествующей эпохи создать возможно полноценную жизнь для физически отсталых и других низших элементов и, наоборот, защищать здоровые, полноценные с расово-биологической точки зрения желательные группы народа от опасности впадения в дочеловеческую стадию [1].

Несостоятельность всех мальтузианских «теорий» была доказана марксистской наукой и исторической практикой. Еще К. Маркс указывал, что в капиталистическом обществе существует не абсолютное, а лишь относительное, искусственно создаваемое капитализмом перенаселение. Существование армии безработных — это результат социальных, а не биологических условий.

Экономическая статистика показывает, что рост средств существования обычно превышает рост населения. Это также говорит о несостоятельности мальтузианства. Рост населения зависит и определяется характером общественного строя. Каждому способу производства, каждой общественно-экономической формации присущи свои специфические законы народонаселения. Рост населения не является чисто биологическим явлением. Он складывается из соотношения двух слагаемых: рождаемости и смертности. Как рождаемость, так и смертность в решающей степени зависят от социально-экономических условий. В частности, при капитализме, помимо кризисов, безработицы и нищеты, на рост народонаселения оказывает влияние и ряд других причин. Например, мелкий крестьянин стремится избежать увеличения размеров своей семьи, боясь дробления своего земельного участка. Точно так же господствующие классы во избежание дробления капитала максимально ограничивают рождаемость.

О зависимости рождаемости от характера общественного строя весьма наглядно говорит демографическая статистика.

---

[1] B. Ench. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1933, № 28.

Например, до второй мировой войны Советский Союз с населением в 170 млн. давал больший прирост населения, чем вся буржуазная Европа с населением в 336 млн. человек.

В разные исторические эпохи наблюдается неодинаковое отношение к потомству. Чем, например, можно объяснить наблюдающийся в истории общества переход от массового и организованного истребления детей к самопожертвованию во имя детей?! Или, например, замену стремления к максимальному размножению систематической борьбой против появления потомства?!

Буржуазные социологи, антропологи и медики отношение матери к ребенку объясняют биологическими факторами. Они говорят, что отношение матери к ребенку порождается теми же инстинктами, что и отношение самки к своему детенышу. Основой этого отношения они считают эгоистическую подоплеку или так называемый физиологический альтруизм (бескорыстная забота о благе других и готовность жертвовать для других своими личными интересами). С их точки зрения забота о человеческом потомстве якобы обусловлена теми же причинами (материнский рефлекс, что и у самки любого млекопитающего).

Подобный взгляд является ненаучным, основанным на отождествлении животного с человеком как существом социальным. Сторонники подобных взглядов изолируют проблему рождаемости и роста народонаселения от социально-экономических условий, от характера политического строя. Не только рождаемость и рост населения, но и смертность населения обусловливаются характером общественного строя. В ряде развитых капиталистических стран сейчас имеет место некоторое снижение смертности населения. Этот факт буржуазные социологи и медики истолковывают как результат повышения материального положения трудящихся, как свидетельство улучшения их здоровья.

Каковы же действительные причины указанного явления? Общее снижение смертности населения в значительной степени зависит от уменьшения удельного веса детей в составе населения (рождаемость в развитых капиталистических странах резко снизилась). А наибольшая смертность, как правило, падает на детский, особенно грудной возраст. Наблюдается значительное снижение рождаемости среди беднейших слоев населения с их наивысшим процентом детской смертности. Благодаря применению новейших достижений медицины отмечается падение смертности от инфекционных болезней. Все большее место в капиталистических странах, особенно в США, начинают занимать нервно-психические болезни с относительно низкой летальностью (смертностью).

Следовательно, при наличии подобных условий динамика смертности не отражает непосредственно ухудшающегося материального положения трудящихся капиталистических стран. Кроме того, увеличение средней продолжительности жизни совершенно не соответствует успехам современной медицины. Виновником этого является социальный строй буржуазного общества. Мальтузианство, расизм и евгеника в настоящее время выполняют единую социальную задачу реабилитации эксплуататорского строя капитализма. Эти «учения» примыкают к наиболее правому реакционному крылу в натуралистическом, биологизаторском направлении современной буржуазной идеологии.

В связи с превращением мировой социалистической системы в решающий фактор развития мировой истории, с ростом влияния и авторитета советской науки, техники и культуры, с усилением влияния марксизма-ленинизма и его философской основы — диалектического материализма среди ученых зарубежного мира все более усиливается лагерь борцов за материализм в науке, борцов против мистики и идеализма. В первых рядах этих борцов стоят: Дж. Бернал, бразильский биолог Жозуе де Дастро («География голода»), английский биолог Ц. М. Мэнтон, английский биохимик Синдж, историк медицины Генри Зигерист, французский ученый Пренан, американцы Г. Уэллс и Дж. Фурст и многие другие.

Уже в 1938 г. Марсель Пренан[1] в книге «Биология и марксизм» подверг резкой критике идеологов национал-социализма, пытавшихся с биологических позиций обосновать и подкрепить фашистский режим. «Еще со времен Агриппы, — писал Пренан, — не было недостатка в ученых, стремившихся сравнить организм с обществом и наоборот». Все сравнения, по мнению Пренана, основаны лишь на внешнем сходстве. Рассматривая с диалектико-материалистических позиций взаимоотношение организма и среды, он пришел к выводу, что нет расы, на которую бы не накладывали отпечаток образ жизни и исторические условия. Исторические условия в большей мере влияют на формирование наций, чем нации на формирование исторических условий.

Характеризуя свой труд, Марсель Пренан говорил: «Если в этой книге есть что-то хорошее — это потому, что она марксистская. Если что-то плохое — не потому, что плох марксизм, а потому, что она недостаточно марксистская»[2]. В книге дается анализ проблемы сознания, соотношения биологии и социологии, критикуются телеологический подход к оценке явлений в организме и вульгарно-материалистические позиции в био-

---

[1] M. Prenant. Biology and marxism. London, 1938.
[2] Там же, p. 83.

логии и медицине. Широко цитируются работы К. Маркса, Ф. Энгельса, В. И. Ленина. Книга заслуживает самой высокой оценки. К сожалению, она не была в свое время переведена на русский язык.

Прогрессивный ученый Якоб Сегал [1] в книге «Диалектический метод в биологии» дает высокую оценку диалектического метода как методологии любой медицинской и биологической дисциплины. Сегал считает, что диалектический материализм должен служить естественным наукам в качестве наиболее надежной, нерушимой базы для научных исследований. Недооценка значения диалектического материализма приводит естествоиспытателей к тяжелым ошибкам. На примерах из биологии, медицины и других наук показывается значение умелого использования диалектики в построении различных теорий. Сегал указывает, что принципы диалектики не дают готового решения конкретных медико-биологических вопросов. Сегал отмечает что «...диалектика как опыт осмысливания лабораторного материала большинством ученых используется интуитивно, хотя они с этой целью никогда не занимались философией» [2].

Прогрессивный австрийский ученый Альфред Грейль в книге «Биологические принципы врачебного мышления» (1956) критикует идеалистические и виталистические воззрения, распространенные в медицине и биологии. Выступая против автогенетических взглядов на болезнь как сугубо внутренний, автономный процесс, не зависимый от условий жизни организма, Грейль пишет: «Внешние и внутренние факторы определяют в известном балансе историю каждого организма... Питание — важнейший фактор постоянства функций или их отклонения, а также фактор болезни или здоровья» [3].

Рассматривая патологию человека в неразрывной связи с окружающей средой, Грейль отрицает виталистическое воззрение на реактивность организма как выражение «целенаправленности» реакций. «Фило- и онтогенез осуществляются по одному принципу, но без плана и цели» [4].

Грейль подробно останавливается на необходимости для клинициста широко биологически осмысливать патологические явления, исходя из того, что врач не должен подходить к оценке функций здорового или больного человека с точки зрения метафизической Heilkrafte («силы здоровья»), подразумевающей планомерность целенаправленных защитных реак-

---

[1] J. Segal. Dialektische Methode in der Biologie. Berlin, 1958.
[2] Там же. S 10.
[3] A. Greil. Biologiesche prinzipen ärztlichen Denkens. Wien, 1956, S. 62.
[4] Там же. S. 62.

ций. «Врач должен приучать свое мышление к атеологическому или дистеологическому подходу к явлениям»[1].

Разоблачая телеологическую направленность во врачебном мышлении, Грейль указывает, что защитные реакции организма не имеют целевого смысла, а действуют пишь по принципу, что всякое действие вызывает противодействие.

Немалый вклад в борьбу против метафизики, идеализма и мистики в биологии и медицине внес Вольфганг Рейман, выпустивший в 1954 г. книгу «Значение Маркса для теории медицины». Книга служит образцом внедрения диалектической методологии в медико- биологические науки. Оценивая отдельные положения диалектического материализма в плане применимости их к медицине, Рейман в то же время предостерегает от возможности превращения диалектики в своеобразную отмычку для решения конкретных, частных медицинских проблем, от так называемой наивной диалектики, ведущей к «плоскому эмпиризу, прагматизму, теоретической растерянности». Автор рассматривает охрану здоровья населения и уровень его заболеваемости в свете важнейших проблем исторического материализма. Однако он справедливо предостерегает от возможности переоценки социальных факторов и недооценки биологических. «Когда исторический материализм заявляет, что человек живет не только в условиях природы, но и общества, — это значит, что человек живет не только в обществе, но и в условиях природы», — напоминает он слова Меринга.

С позиции марксистской методологии он показывает несостоятельность неоламаркистского и вульгарно-материалистического подхода и оценки важнейших медико-биологических проблем.

С защитой философских основ учения И. П. Павлова от извращений и нападок, имеющих место в зарубежной литературе, успешно выступили немецкие ученые Винтер[2], Холлитчер[3], Пикенгейм[4] в печатком органе университета Гумбольдта в Берлине (1952, 1953). Стихийно следуя за «логикой фактов», многие зарубежные ученые подходят к объективной диалектике развития организма в нормальном и патологическом состоянии.

---

[1] A. Greil Biologische prinzipen ärztlichen Denkens. Dien, 1956, S. 76.

[2] K. Winter. Die Bedeutung der Lehre Pawlows für die Prophylaxe. Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt Universität, 1952—1953.

[3] W. Hollitscher. Die philosophische Bedeutung der Lehre Pawlows. Wissenschaftlichene Zeitschrift der Humboldt Universität, 1952—1953.

[4] G. Pickenhaim u. and. Die Bedeutung der Lehre Pawlows für Theorie und Prakis der Medizin. Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt Universität, 1952—1953.

Таким образом, современная зарубежная медицина самим ходом исторического развития неибежно поставлена перед дилеммой: идти ли ей к своим новым открытиям и достижениям путем неоправданной траты сил и времени, по тернистой тропинке «проб и ошибок», по пути стихийного приближения к объективной диалектике живого организма или встать на магистральный, прямой и широкий путь научного исследования, освещаемый светом марксистско-ленинской философии как единственно научного метода познания.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЦАРЕГОРОДЦЕВ ГЕННАДИЙ ИВАНОВИЧ

Диалектический материализм и медицина

Редактор *В. Д. Жирнов*
Техн. редактор *М. М. Матвеева*
Корректор *М. П. Молокова*
Художественный редактор *Н. И. Синякова*
Переплет художника *Л. С. Эрмана*

Сдано в набор 10/VII 1965 г. Подписано к печати 19/X 1965 г. Формат бумаги 60×90/16=28,25 печ. л. (условных 28,25 л.) 27,77 уч.-изд. л. Тираж 15 000
Т-11393 МН-71

Издательство «Медицина».
Москва, Петроверигский пер., 6/8
Заказ 306. 11-я типография Главполиграфпрома Комитета по печати при Совете Министров СССР, Москва, Нагатинская улица, д. 1
Цена 1 р. 87 к.

